PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. LEON BLUMENSTOK.

Rok XXVIII. — 1889.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1889.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXVIII. „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają strony).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

V. Sprawozdania.

Fizyologija.

Patologija.

Terapija.

Farmakologija.

Medycyna wewnętrzna.

Chirurgija.

Choroby oczne

Choroby kobiece.

Położnictwo.

Choroby dzieci.

Choroby skórne i weneryczne.

Choroby umysłowe.

Choroby nerwowe.

Choroby krtani.

Choroby uszne.

Chemija lekarska.

Anatomija patologiczna.

Dentystyka.

Medycyna sądowa.

Toksykologija,

Bakteryjologija.

Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

VI. Rozmaitości z praktyki.

VII. Nekrologija.

VIII.

Rok XXVIII. Kraków, 5 Stycznia 1889. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam. 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do patologii układu mięśniowego.

(*Polymyositis acuta progressiva infectiosa*).

Podał
Dr. W. Antoni Gluziński
Docent chorób wewn. Uniwersytetu Jagiel.

Przed dwoma laty obserwowaliśmy w klinice prof. Korczyńskiego przypadek, który, mimo dokładnego badania, rozczytywania się w literaturze, zdawał się być odosobnionym, a co ważniejsza niejasnym, bo zmiany chorobowe ustąpiły a sekcyja szczęściem dla chorego zagadki nie rozświeciła. Ciekawość nasza za nadto jednak była rozbudzona, aby pierwszéj nadarzającéj się sposobności nie schwycić i chociaż *post festum* nie kusić się o rozpoznanie.

Przypadek był następujący:

A. R. lat 26 stanu wolnego, kelner ze Lwowa. Dziedziczności żadnéj. Od dzieciństwa cierpi w pewnych odstępach czasu na bóle gardła, przed rokiem miał wrzód miękki, zresztą nie chorował nigdy.

W ostatnich dniach grudnia r. 1885 rozpoczęła się choroba, dla któréj pacyjent zgłosił się do kliniki, od bólu w prawém podudziu, po 5 dniach ból ten zajął i lewe podudzie, następnie przeniósł się na uda, a w końcu i odnogi górne, tak, że chory nie mógł pełnić daléj służby kelnerskiéj. Gdy nadto w ostatnich dniach wystąpił obrzęk ramion i przedramion, chory przyjechał do kliniki, gdzie też w dniu 6 lutego 1886 r. został przyjęty. Dodać winienem, że w początkach choroby miał nie mieć przypadków ze strony narządu pokarmowego, również ani gorączki ani dreszczów nie zauważał. Mieszkanie jego było suche, a na wpływy atmosferyczne się nie narażał.

Badanie w dniu przyjęcia wykazało co następuje: Skóra blada, spojówki gałkowe miernie zaczerwienione, warga dolna i górna obrzękła, więcéj dolna, skóra na nich lśniąca, pokryta małemi wybroczynami; na błonie śluzowéj wargi dolnéj również wybroczyna wielkości 1 ctm., w kącie lewym ust lekki nadżerek [1]). Zęby zdrowe, dziąsła prawidłowe, przy ucisku nie broczą. Język lekko obłożony. W nosie zmian niema. Szyja krótka, skóra w bocznych częściach lekko obrzękła. Ucisk na mięśnie szyjne, szczególniéj mostkosutkowy, bardzo bolesny, również i na mięśnie barku, w skutek czego chory trzyma głowę więcéj sztywno i stara się nią nie ruszać. Gruczoły na szyi wyczuwalne, nie twarde i nie bolesne. Narząd oddechowy i krążenia bez zboczeń. Wątroba rozmiarów prawidłowych. Śledziona niemacalna przy wypuku, jednak okazuje się powiększoną. Mocz wysycony, mętny od moczanów, c. g. 1·036, chlorki zmniejszone, białka nie ma. Ruchy tak dowolne jak i bierne wszystkie możebne ale bolesne i w skutek tego ograniczone. Stawy wiotkie nie bolesne. Odnogi górne obrzękłe, szczególnie lewa, i to począwszy od barku aż do stawu nadgarstkowego. Obrzęk ten jest twardy; ucisk palca tylko nieznaczny dołek pozostawia. Odnogi górne w skutek tego w walcowate ciała zamienione, zarysów pojedynczych mięśni nie widać, a ręka nieobrzękła odbija bardzo od reszty odnogi obrzękłéj. Skóra na ramieniu i przedramieniu blada, lśniąca. Odnogi dolne nieco obrzękłe i to tylko na udach. Przy ucisku stwierdzono silną bolesność przeważnie w okolicy następujących mięśni: *deltoideus*, *triceps*, *supraspinatus*, *rhomboideus*, *pectoralis major*, znacznie mniéj *biceps*; na odnogach dolnych *M. quadriceps* i *adductores* czyli, że przeważnie zajęte były wyprostacze. Mięśnie te tak na prąd przerywany jak i stały nie oddziaływały (w skutek utrudnionego przewodnictwa), podczas gdy wszystkie inne, tj. niebolesne i nie obrzękłe, zachowują się prawidłowo. Ucisk na pnie nerwowe niebolesny. Zmian w czuciu niema, a podmiotowo chory nie uskarża się na żadne trętwienia, mrowienia itp. Stan podgorączkowy (37·7°C), tętno 92. Łaknienie prawidłowe.

Z dalszego przebiegu podnieść mogę, że obrzęki na odnogach górnych zwiększały się, zajęły również szyję i twarz, gdzie mięśnie na licach stały się bardzo bolesne. Zmianie uległy także mięśnie klatki piersiowéj, na któréj obrzęk, jednak znacznie mniejszego stopnia niż w innych miejscach, rozwinął się aż do łuków żebro-

[1]) Zmiany na wargach miały powstać z końcem stycznia, a więc w miesiąc po rozpoczęciu się choroby.

wych, zajmując przeważnie okolice *MM: pectoralis major et serratus antic. major*, tak, że bolesność ograniczyła znacznie odżuwanie wskutek zajęcia mięśni na twarzy, ruch odnóg górnych, chodzenie, a nawet przez pewien czas ruchy oddechowe i połykanie. Ruchy przepony pozostały niebolesne, a powłoki brzuszne nie zajęte.

Przez cały ten czas stan lekko gorączkowy utrzymywał się wahając się przeważnie między 37·5—38·3, a w d. 14/2 dochodząc nawet do 39·5°C. Od 15/2—20/2 utrzymywało się lekkie rozwolnienie, a w stolcach pod mikroskopem było można wykazać: znaczną ilość bakteryj gnilnych, *clostyridium butyricum*, jajka *ascaris lumbricoides*, kryształki fosforanu amonowo-magnowego, cząstki niestrawionych pokarmów mięsnych i roślinnych. Środki przeciwgośćcowe przez ten czas podawane (*natr. salicyl.*, *antipyr.*) pozostały bez najmniejszego skutku, owszem podczas ich używania sprawa się szerzyła. W d. 22/2 nastąpił zwrot ku lepszemu. Obrzęki zaczęły ustępować tak, że w d. 27/2 znikły zupełnie. Bolesność jednak wzdłuż wymienionych mięśni utrzymywała się dalej, powoli wśród elektryzowania ustępując aż do 8/3, w którym to dniu chory mógł uchodzić za zupełnego ozdrowieńca. Najdłużej bolesność utrzymywała się w mięśniach *sterno-cleido-mastoideus* na szyi, *deltoideus*, *triceps* na odnogach górnych, *quadriceps* i *adductores* na odnogach dolnych.

Przypadku co dopiero opisanego mimo obserwacyi dokładnéj nie mogliśmy wtłoczyć w znane nam dotąd formy nosologiczne. Jedno tylko z prawdopodobieństwem można było powiedzieć, że mieliśmy do czynienia z jakąś chorobą zapalną, dość ostro się rozwijającą, której siedlisko było w układzie mięśniowym, zajmującą stopniowo coraz dalsze grupy mięśniowe, sprowadzającą obrzęki zapalne, bo za takowe uważać musieliśmy opisane wyżéj zbrzęknięcie odnóg górnych, twarzy, klatki piersiowéj, nie mając żadnéj innéj nigdzie podstawy w organizmie do innego wytłumaczenia. Poza to przypuszczenie trudno się było daléj posunąć. Nie mogąc uważać przypadku naszego za jakiś ostry gośćciec mięśniowy w obec braku opisów podobnych przypadków w literaturze, braku wszelkich zmian w stawach, nieskuteczności środków przeciwgośćcowych, badaliśmy w kierunku włośnicy. Obraz chorobowy i téj zmianie w zupełności nie odpowiadał, zważywszy, że nie mieliśmy żadnych przypadków początkowych ze strony przewodu pokarmowego, że nie zginacze, jak we włośnicy, lecz wyprostacze przeważnie były zajęte, że przepona pozostała wolną, że we Lwowie, zkąd pacyjent pochodził, jak stwierdzało doniesienie fizyka miasta Dra Kosińskiego, nikt nigdy na włośnicę nie chorował; mimo to dla nabrania wszelkiéj pewności w d. 15 lutego wycięto choremu wśród narkozy kawałek z mięśnia ramiennego lewego. Przy zabiegu tym zauważano, że w miejscu nacięcia tkanka podskórna była silnie obrzękła, z przekroju wylewała się dość znaczna ilość cieczy surowiczéj; odsłonięty mięsień był barwy blado-żółtéj, surowiczo obrzękły, gdzieniegdzie na nim maleńkie wybroczyny. Wynik badania mikroskopowego kawałka wyciętego okazał się co do włośnicy zupełnie ujemnym, był jednak o tyle ważnym, iż utwierdził nas w przypuszczeniu, że w danym przypadku układ mięśniowy jest miejscem zboczeń. Jakich? to było inną sprawą, jak również czy zmiana była pierwotną czy następową. Jedno można było tylko z całego dalszego przebiegu powiedzieć, że przyczyna nie mogła leżeć w układzie nerwowym (n.p *neuritis multiplex*), nigdzie bowiem zboczeń w tym kierunku nie zauważyliśmy, nie spostrzegliśmy żadnych porażeń ani następowych zaników mięśniowych. Nie można było również uważać téj sprawy za następstwo jakiéjś poprzednio przebytéj choroby zakaźnéj, bo już przebieg kliniczny temu nie odpowiadał, a chory stanowczo był poprzednio zdrów zupełnie.

Z literatury uwagę naszą zwróciły dwa przypadki Kussmaula i Maiera (*Deutsch. Archiv. f. klin. Med.* T. I.) a to z tego względu, że w obydwóch również szukano trychin, naturalnie z wynikiem ujemnym. Odnosiły się one do ludzi młodych, podobnie jak nasz chory.

Pierwszy zawsze zdrów, w ostatnich 2—3 tygodniach czuł się słabym, miewał przypady ze strony przewodu pokarmowego, dreszcze, poty i zgłosił się do kliniki we Fryburgu w stanie wielce niedokrewnym, skarżąc się na ogólne znużenie. Badanie wykazało objawy ostrego zapalenia nerek, a w krótce zaczęły występować porażenia szczególne grup mięśniowych, najprzód na przedramionach, potém ramionach, w krótce tułowiu, wreszcie i odnóg dolnych tak, że chory ruszyć się nie mógł, mięśnie zajęte przy dotyku okazywały silną bardzo bolesność. Skóra w odpowiednich miejscach była znieczuloną. Rozwijającéj się téj sprawie towarzyszyło mierne podniesienie ciepłoty, tętno uderzało za to swoją częstością (112—136). Pod koniec spostrzeżono pod skórą klatki piersiowéj i brzucha małe guzki, a w kilka dni potem wśród ogólnego osłabienia po miesięcznym pobycie w klinice chory życie zakończył.

Kussmaul rozbierając ten przypadek podnosi, że ostry dość początek choroby wśród przypadłości przewodu pokarmowego z gorączką, wystąpienie następowe silnych bólów mięśniowych i osłabienie takowych, silne poty, pragnienie znaczne, przemawiały za włośnicą, również i częste ruchy serca spostrzegane w téj chorobie; uderzało tylko, że objaw ten zaraz w początku wystąpił, gdy zwykle dzieje się to w późniejszych okresach choroby. Co jednak nie mogło się pogodzić z rozpoznaniem włośnicy, to objawy ostrego zapalenia nerek i obecność wspomnianych guzków pod skórą.

Bez rozpoznania przystąpiono do sekcyi. Włośni nie znaleziono. Mięśnie były suche, brunatne, gdzieniegdzie bladożółtawe, a w nich rozsiane małe guzki od wielkości maku do wielkości ziarnka prosa, które pod drobnowidem przedstawiały się jako zmiany w naczyniach mięśniowych (*periarteriitis nodosa*), mięśnie zaś dały obraz zwyrodnienia ziarnistego i woskowego. Dwie te sprawy uważa Kussmaul za stojące w związku ze sobą i że z naczyń przeszła sprawa w dalszym ciągu na mięśnie.

Przypadek drugi rozpoczął się od bólów w lędźwiach, które w krótkim czasie przeniosły się na kark, plecy, ramiona i odnogi dolne. Temu towarzyszył lekki stan gorączkowy i poty. Bóle te były gwałtowne, a w kilku dniach rozwinęły się porażenia rozległe tak, że chory nie mógł zmienić położenia. Chory bardzo podupadł w odżywieniu. W tydzień wystąpił obrzęk na twarzy i koło kostek, a w moczu pokazało się białko. Przyjęty w dwa miesiące do kliniki Kussmaula jeszcze sam ruszać się nie mógł. Z wyjątkiem mięśni grzbietowych reszta mięśni już samoistnie nie bolesna, natomiast stwierdzono zanik i porażenia rozmaitych grup mięśniowych bez porządku porozrzucanych. Lekki nawet ucisk na te mięśnie wywarty wywoływał ogromną bolesność. Czucie wszędzie prawidłowe, również i odruchy.

Cierpienie to nazwał Kussmaul myopatycznem, a przyczyną tych rozległych i bez porządku porozrzucanych porażeń i zaników mięśniowych widział w *myositis diffusa acuta*, wykluczywszy poprzednio, czy słusznie inna rzecz, cierpienie układu nerwowego. W wyciętym kawałku mięśnia z łydki lewéj włośni nie znaleziono, a mięśnie pod drobnowidem przedstawiały obraz zwyrodnienia ziarnistego i woskowego, naczynia również były zmienione, jednak nie w tym stopniu jak w pierwszym przypadku. Wśród leczenia wzmacniającego i elektryzowania zajętych mięśni chory powoli powrócił do zdrowia.

Dwa te przypadki zaczerpnięte z literatury, są podobne do naszego o tyle, że w obydwóch była rozbierana możliwość

włośnicy, jak i w naszym z wynikiem ujemnym, nie dają jednak żadnego wyjaśnienia i w saméj rzeczy są różne. Gdy w nich przeważają zaniki i porażenia mięśni, w naszym najmniejszych porażeń nie było a istniały silne obrzęki zapalne. Z tych samych również powodów ani przypadek Debova [1]) ani Eisenlohra [2]) nie dał się zużytkować dla naszego przypadku.

(Dok. nast.).

II. W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin za pomocą metody Mac Ewena.

Podał Prof. A. Obaliński.

Zbytecznem byłoby wyłuszczać szan. czytelnikom szczegóły doszczętnéj operacyi przepuklin Mac Ewena w obec dokładnego o niéj referatu Dra Barącza (1886) i pięknéj rozprawy Dra Krajewskiego, pomieszczonéj w zeszłorocznych czerwcowych numerach; to tylko pozwolę sobie przypomnieć, że główne zasady téj metody polegają raz na wytworzeniu z worka przepuklinowego przez pofałdowanie tegoż jakby zatyczki umieszczonéj po wewnętrznéj stronie bramy przepuklinowéj, a powtóre na specyjalnym szwie zespalającym przednią powierzchnię powięzi poprzecznéj z tylną powierzchnią rozcięgna mięśnia ukośnego zewnętrznego.

Rzecz to dziwna i w dzisiejszych czasach gorączkowego życia naszego prawie niepojęta, że tą metodą, w skutkach swoich tak świetną, tak mało zainteresowali się chirurdzy w ogóle a przed innymi chirurdzy niemieccy, rozporządzający taką mnogością specyjalnych, centralnych i ogólnych pism lekarskich. Według mego przekonania pochodzi to ztąd, że postępowanie Mac Ewena jest zawiłem a bez objaśniających rysunków wprost niezrozumiałém; przeto, jakkolwiek modą się prawie stało, że zaraz po ogłoszeniu jakiéjś nowéj metody sypią się sprawozdania, krytyki i doświadczenia jak z rękawa, tym razem to się nie stało; ci bowiem mogli się tylko w metodzie téj zoryjentować, którzy albo mieli oryginalną pracę przed sobą, albo późniejsze lecz ilustrowane dokładnemi rysunkami, jak n. p. praca Dra Krajewskiego. Mając pod tym względem już jakie takie doświadczenie tem bardziéj czuję się uprawnionym do podzielenia się z kolegami wrażeniem, jakie przy stosowaniu téj metody odniosłem, ile że ono doprowadziło mnie do przekonania, że metoda Mac Ewena przy całéj swéj wyższości nad innemi tego rodzaju metodami posiada pewne niedogodności, które zdaniem mojém dają się usunąć i to tak z korzyścią dla poddających się jéj pacyjentów jako i dla samego operatora.

Postępowanie Mac Ewena polega bowiem oprócz owego zasadniczego fałdowania worka przepuklinowego jeszcze na zeszyciu bramy w szczególniejszy sposób za pomocą specyjalnéj igły przez niego podanéj. Otóż ta właśnie druga część operacyi wydaje mi się zbyteczną a jéj zawiłość sprawiła, że z nią razem nieprzyjęła się i pierwsza część operacyi, która według mnie stanowi wyłączną wartość metody Mac Ewena.

Tu można powiedzieć, że stało się według przysłowia niemieckiego: razem z kąpielą wyrzucono i dziecko. Znam rzeczywiście kilku kolegów a między nimi i operatorów zawodowych, którzy mi oświadczyli, że sposobu szycia podanego przez Mac Ewena nie rozumieją — a i ja sam przyznaję, że kilkakrotnie z natężoną uwagą czytać musiałem i rysunek studyjować, nim pojąłem o co się tutaj autorowi rozchodziło.

Szew sznurówkowy Czernego, lub złożony szew Zesasa wcale nie ustępują przed szwem Mac Ewena, a jeżeli one nie zawsze prowadziły do zamierzonego celu, to nie ich w tém wina, lecz niedostateczności pierwszéj części operacyi, która albo na prostem podwiązaniu i odcięciu worka polegała, albo nawet tylko na zespojeniu jego wewnętrznéj powierzchni.

Po tych refleksyjach postanowiłem w metodzie Mac Ewena drugą zawiłą część zastąpić zwyczajnie używanym i zrozumiałym szwem sznurówkowym Czernego, gdy uwagi Krajewskiego nawiązane do jego przypadku (l. c.) naprowadziły mnie do modyfikacyi, dotyczącéj właściwéj zasadniczéj części operacyi, t. j. wytworzenia żywego tamponu.

Jak wiadomo radzi Mac Ewen za pomocą jednéj nitki katgutowéj, umocowanéj w samym spodzie worka i przeprowadzonéj w niewielkich odstępach przez całą jego długość pofałdować worek i w ten sposób wytworzony z niego tampon utwierdzić za filarami bramy, wszywając tę nitkę w mięsień brzucha ukośny zewnętrzny i to na zewnątrz od bramy. Słusznie zauważał Krajewski, że w ten sposób wytwarzają się w miejscu najsilniejszego naporu jelit dwa dołki od strony brzusznéj, w które z czasem jelita się dostać i powoli znów przepuklinę wyrobićby mogły, i stosownie do tego zmienia postępowanie o tyle, że szyję przepuklinową a więc i dołki owe przenosi na stronę przeciwną, t. j. ku wewnątrz od bramy przepuklinowéj, gdzie, parcie jelit jest znacznie mniejszém i w odwrotnym kierunku, a wreszcie fałduje worek za pomocą dwóch nitek, przez co i dołki owe się zmniejszają i cały tampon workowy lepiéj do tylnéj ściany zeszytéj bramy przepuklinowéj przylega.

Ja poszedłem jeszcze o krok daléj, rozumując w sposób następujący: Pozostawienie dużego worka przepuklinowego, pofałdowanego wprawdzie, lecz nie zaszytego, na los jednéj lub dwu, tylko luźnie przez jego długość przebiegających, nitek wydaje mi się niedostatecznem i nieprawnem osobliwie w tych przypadkach, gdzie znajdziemy znaczną wiotkość tkanin a nadto niespokój tłoczni brzusznéj, n. p. skutkiem silnego kaszlu. Dlatego postanowiłem w moich przypadkach utworzyć z worka przepuklinowego trwały i pewny tampon przez podwiązanie go głęboko w saméj szyi, a następnie pofałdować go lub zwinąć w rulonik, który w kilku miejscach przeszywa się katgutem. Rzecz naturalna, że przewiązek tych nie należy za mocno ściągać z obawy przed obumarciem części poniżéj leżących.

Przez tak zebezpieczony tampon przeprowadzam w poprzek jednę lub względnie dwie nitki mocne jedwabne, odprowadzam tampon w głąb po za bramę przepuklinową i końce nitek po każdéj stronie przeszywam przez odpowiednie filary kanału pachwinowego od wewnątrz ku zewnątrz, tak że jedne końce nitek przechodzić będą przez filar wewnętrzny, drugie końce przez filar zewnętrzny. Jeżeli zatém teraz zwiążemy mocno ze sobą po dwa do jednéj i téj saméj

[1]) *Note sur un cas d'atrophie musculaire protopathique. Progrès méd.* 1888. Nr. 45. U kobiety wystąpił stan gorączkowy i silne bóle w odnogach dolnych, a w kilka dni rozwinął się znaczny zanik mięśni, które zupełnie na prąd elektryczny nie oddziaływały. Innych zboczeń szczególnie w układzie nerwowym nie było. Przy sekcyi cały układ nerwowy okazał się prawidłowym, a stwierdzano tylko zmiany w mięśniach. — [2]) *Idiopathische subacute Muskellähmung u. Atrophie. Centralbl. für Nervenheil.* 1879. Nr. 5. Podobny zupełnie przypadek do poprzedniego, tylko wolniéj przebiegający (śmierć wskutek gruźlicy płuc).

nitki należące końce, to zbliżamy filary do siebie i utwierdzamy po ich wewnętrznéj stronie ów pewny nie mogący się rozfałdować żywy tampon.

Rzecz naturalna, że i tu musimy uważać na przebieg sznurka nasiennego, aby przez za mocne zaciśnięcie szwów nie sprawić jego uwięźnięcia. Zakładając zaś szew skórny za pomocą płytek możemy i od zewnątrz przyczynić się do wzmocnienia bramy przepuklinowéj, jeżeli drut srebrny przeprowadzimy przez obydwa jéj filary. — W ten sposób postąpiłem w następujących sześciu przypadkach:

1. Józef Basista, lat 28 liczący, parobek, przybył na oddział w d. 23 lipca br. z przepukliną pachwinową prawą zewnętrzną od 13 dni uwięźniętą a od 5 lat istniejącą. Po uwolnieniu miernie uciśniętych i dobrze jeszcze wyglądających jelit zaszyłem worek przepuklinowy i oddzieliwszy go od jądra i sznurka nasiennego postąpiłem z nim jak powyżéj opisano. Rana zagoiła się od razu, tak że ósmego dnia mógł operowany opuścić zakład, przyczém stwierdzono w głębi brzucha tuż nad kanałem pachwinowym twardy guz nieporuszalny.

2. Andrzéj Dąbrowa, lokaj, l. 22, zgłosił się do szpitala z powodu *hydrocele congenita dex. cum hernia libera compl.* Po otwarciu worka i wypuszczeniu przeszło pół litra płynu wodojasnego odprowadziłem małą pętlę jelita do jamy brzusznéj, przeciąłem worek poprzecznie po nad jądrem, oddzieliłem od sznurka nasiennego a zaszywszy go i pofałdowawszy przewiązałem katgutem na krzyż; następnie oddzieliłem szyję worka od części otaczających i odprowadziłem z worka utworzony kłębek poza filary kanału pachwinowego, z którym go razem zeszyłem, zostawiając tylko wolny przesmyk dla sznurka nasiennego. Resztę worka ponad jądrem pozostałego zaszyłem, tworząc mu przez to jego pochewkę właściwą. Rychłozrost rany. Rekonwalescent opuszcza zakład jedenastego dnia po operacyi. Po trzech miesiącach przedstawia się z blizną pięknie zagojoną bez śladu przepukliny a z wybitném zgrubieniem w głębi ponad kanałem pachwinowym; pracuje ciężko bez szkody.

3. Wolf Goldbaum, rzemieślnik, l. 44, okazuje przepuklinę pachwinową prawą zewnętrzną od 3ch lat trwającą, wolną, wielkości dwóch męskich pięści, paskiem z trudnością i to nie zawsze przytrzymać się dającą. Chory ten, leżący na oddziale moim z powodu innéj choroby, dowiedziawszy się od poprzednio wymienionych pacyjentów o dobrym wyniku operacyi sam prosił o przedsięwzięcie jéj u siebie. Wykonałem ją w dniu 25 września w sposób powyżéj opisany. Gojenie tutaj trwało nieco dłużéj z powodu małego ropnia powstałego do około nitki jedwabnéj, użytéj do szwu. W dwa miesiące późniéj przedstawiłem go w Towarzystwie krakowskiém lekarskiém prawie całkiem zagojonego, bo tylko z małą przetoką wydzielającą nieco ropy. Rekonwalescent ten był zupełnie ze swego stanu zadowolonym, a przedmiotowo można było wykazać ponad wiązem Poupartowym i z nim złączony ów guz charakterystyczny powstrzymujący trzewa w swych granicach. Jądro i sznurek nasienny są prawidłowe.

4. Jana Kota, 55-letniego, włościanina operowałem w tym samym dniu z poprzednim chorym z powodu uwięźniętéj przepukliny pachwinowéj prawéj, a po zniesieniu niedrożności zastósowałem także metodę Mac Ewena z moją modyfikacyją. Rychłozrost; rekonwalescent opuścił zakład w trzy tygodnie po operacyi zupełnie zdrów.

5. Jan Karcz, lat 60, góral, prosił sam o operacyją przepukliny pachwinowéj lewéj wolnéj, wielkości głowy rocznego dziecka a nie dającéj się przytrzymywać paskiem, którego posiadanie zresztą należało do kwestyj nie zupełnie jasnych. Operacyję wykonałem w dniu 16 listopada według wyżéj opisanych reguł. Rana zagoiła się przez rychłozrost a uszczęśliwiony pacyjent opuścił zakład przed upływem miesiąca. Przy badaniu okolicy pachwinowéj lewéj wyczuć można pod silną grubą blizną zewnętrzną w głębi za więzadłem Pouparta twarde do niego przylegające ciało wielkości jaja kurzego. Chodzić może dobrze a o jakiémś wypukleniu się ściany brzusznéj podczas nadymania się lub dźwigania ciężarów nie ma mowy.

6. Jan Wybituła, lat 63, ogrodnik, leżący na oddziale chirurgicznym z powodu zwężenia cewki moczowéj i ztąd wynikłych przetok na międzykroczu, zgłosił się do mnie z prośbą, aby mu wolną lecz dużą i z trudnością paskiem przytrzymać się dającą przepuklinę pachwinową zoperować, gdyż nabrał do tego ochoty widząc tak świetny rezultat u dwóch poprzednich chorych. Z propozycyją tą zgodziłem się tém bardziéj, ile że przepuklina dochodziła do wielkości co najmniéj trzech pięści a wreszcie, że człowiek ten miał już usposobienie do przepuklin, oprócz bowiem wymienionéj były jeszcze pachwinowa prawa, udowa prawa i brzuszna poniżéj pępka, wszystkie dochodzące tylko do wielkości jaja kurzego. Dnia 6go grudnia wykonałem operacyję doszczętną po stronie lewéj według wyżéj podanych zasad, przyczém rozległy a bardzo zcieńczały worek pękł przy oddzielaniu go od sznurka nasiennego. Po drugiéj stronie operował obecny przy pierwszéj operacyi doc. Dr. Trzebicky, który słusznie zauważył, że w obec krótkiego a szerokiego worka przepuklinowego, jaki się przedstawił w ranie po stronie prawéj ani możnaby pomyśleć o fałdowaniu worka na sposób Mac Ewena a jedynie tylko według mego podania. Sąsiednią przepuklinę udową zoperowaliśmy według metody Socina, t. j. podwiązaliśmy w szyi worek i odcięli go poniżéj. Ciężki nieżyt oskrzelowy, obecność przetok na międzykroczu, stale umieszczony kateter w pęcherzu, to warunki nie bardzo przyjemne u tego rodzaju operowanych. To też przebieg nie jest tutaj tak gładkim, jak w poprzednich przypadkach, a jednak mam nadzieję, że pacyjent wyzdrowieje.

Aby wykazać, że metoda dopiero co przedstawiona leczy rzeczywiście przepuklinę doszczętnie, trzebaby przypadki według niéj operowane po dłuższym czasie, n. p. po kilku latach zbadać i przekonać się, czy w miejscu przedsięwziętéj operacyi nie powstała znówu przepuklina. Gdy atoli wykazał to już sam Mac Ewen na przeszło 80 przypadkach postrzeganych w ciągu pięciolecia, przeto nad tą sprawą mogłem przejść do porządku a to témbardziéj, ile że mi chodziło tylko o wykazanie, że sposobem o wiele prostszym otrzymać można rezultat zupełnie podobny a po rozpatrzeniu się w szczegółach może nawet i pewniejszy.

Nie mogę jednak powstrzymać się od nasuwających mi się kilku uwag i tak:

1. Mój przypadek drugi przekonywa nas, że metoda ta daje się użyć nawet w przypadkach przepukliny mosznowéj wrodzonéj, t. j. dochodzącéj aż do samego jądra albo połączonéj z wodniakiem mosznowym, przyczém wcale nie potrzebujemy usuwać jądra (*castratio*), lecz tworzymy dla niego osobną pochewkę z dolnéj połowy poprzecznie przeciętego worka przepuklinowego.

2. W przypadkach krótkich a szerokich worków przepuklinowych możebną jest tylko moja modyfikacyja.

3. Jeżeli w ogólności mój sposob tworzenia żywego tamponu z worka przepuklinowego przez kilkakrotne przewiązywanie lub przeszywanie zasługuje na uwzględnienie, to już wcale koniecznym jest on tam, gdzie przy oddzielaniu od części sąsiednich worek doznał przedarcia osobliwie w pobliżu szyi swojéj. To fałdowanie lub składanie worka odbywać się winno stósownie do okoliczności albo dośrodkowo po poprzedniem przewiązaniu szyi, albo podłużnie nakształt płaszczy wojskowych, poczém pozycyję tę utrzymuje się przez kilkakrotne przeszycie lub przewiązanie. Wprawdzie można otwór w worku zaszyć, jak to zresztą uczynił był Krajewski w swoim przypadku, jednak zdaje mi się, że przezemnie proponowane postępowanie jest o wiele pewniejszém, osobliwie jeżeli uwzględnimy, że worek w górze u saméj szyi został przewiązanym, co absolutnie uniemożebnia dostanie się jelit do jego wnętrza.

Mac Ewen podał metodę swoją tylko dla przepuklin pachwinowych, sądzę jednak, że według téj modyfikacyi, jaką ja podałem, możnaby metodę tę zastósować do każdéj

przepukliny. Co do przepuklin pępkowych uczynił to już Keetley, nie spotkałem się jednak jeszcze w literaturze z doniesieniem, aby postąpiono w podobny sposób z przepukliną udową. Przy najbliższéj sposobności nieomieszkam to uczynić a jestem pewnym, że tym sposobem otrzymam wyleczenie doszczętne, czego niestety po tylokrotném zawiedzeniu o metodzie Socina powiedzieć nie mogę. Rzecz naturalna, że szew, zamykający bramę, przypadnie w kierunku z góry na dół, gdyż musi przybliżyć wiąz Pouparta do powięzi łonowéj (*fascia pectinea*).

W końcu dodać muszę, że kreśląc niniejsze uwagi powodowałem się nie chęcią nowatorstwa a jedynie tém pragnieniem, aby główna a tak zbawienna myśl Mac Ewena jak najprędsze i najszersze mogła znaleźć zastosowanie.

III. Z zakładu anatomii patologicznéj Prof. Browicza.

Fałd zastawkowy, wychodzący z górnego brzegu i tylnéj ściany żołądka w okolicy odźwiernika, jako przyczyna rozstrzeni żołądkowéj.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz, asystent.

Dnia 20 stycznia r. 1888 został przysłany na oddział chirurgiczny prof. Obalińskiego Bazyli Remera, l. 44 liczący w celu wykonania laparatomii. Według wywiadów miał do znać po pierwszy raz przed 6ciu tygodniami silnych boleści w jamie brzusznéj, w okolicy kiszki ślepéj, połączonych z wzdęciem brzucha i czkawką. Od tego czasu czuł się zawsze nie zdrów, doznając tych samych przypadów chorobowych z mniejszém nasileniem, aż w ostatnich 10ciu dniach stan chorobowy znacznie się pogorszył, przyczém dołączyło się lekkie zaparcie stolca i bardzo częste wymioty, występujące po spożyciu jakiegokolwiek pokarmu, czy stałego, czy płynnego. Z powodu ciągłych wymiotów, które chorego w wysokim stopniu niepokoiły, i uniemożliwiały jakiekolwiek odżywianie, poddał się chory operacyi, która w tym przypadku jako operacyja próbna, dyjagnostyczna, wykonaną została. Cały bowiem obraz kliniczny nie przemawiał za zupełną niedrożnością przewodu pokarmowego, lecz tylko za zwężeniem takowego, i to gdzieś bardzo wysoko koło odźwiernika położoném.

Nie wdając się w bliższe szczegóły kliniczne, gdyż przypadek ten prof. Obaliński w dorocznéj swéj kazuistyce o laparatomijach uwzględni szczegółowo, nadmieniam tylko, iż i w następnych 9ciu dniach w szpitalu stan powyższy, t. j. ustawicznie ciągłe wymioty po wszelkich pokarmach stałych i płynnych, i nadal się utrzymywał, i chory skutkiem wzmagającego się ciągle wyniszczenia dnia 29 stycznia życie zakończył.

Dnia następnego wykonałem sekcyję w zakładzie prof. Browicza, któréj wynik podaję, uwzględniając szczegóły w przypadku niniejszym ściśle nas obchodzące:

Na zwłokach mężczyzny, około 40 lat liczącego, wynędzniałego, widoczne jest na brzuchu po stronie prawéj w odległości 5 cm. od linii białéj — pępkowéj, cięcie operacyjne podłużne, 18 cm. długie. Cięcie to rozpoczyna się na 3 cm. poniżéj łuku żebrowego a dosięga odległości 5 cm. powyżéj więzu Pouparta; zespojone jest szwem płytkowym i węzełkowym. Brzegi jego są czyste i pokrywają się tkanką granulacyjną, blado-różową. Po otwarciu jamy brzusznéj na około powyższego szwu, otrzewna ścienna okazuje skąpe, ograniczone przyćmienia, tudzież nieznaczne naloty wypociny włóknikowéj, zlepiającéj brzegi rany. Ułożenie jelit w jamie otrzewnowéj nieprawidłowe. Pomiędzy otrzewną ścienną na przodkowéj ścianie jamy brzusznéj się znajdującą, a siecią wielką zgrubiałą, na przestrzeni od cięcia operacyjnego do linii białéj, rozległe zrosty wiotkie, łącznotkankowe. Pojedyncze pętle jelita cienkiego jak i grubego pozrastane ze sobą podobnemi zrostami wiotkiemi, tak iż tworzą istny kłęb, nie dający się rozwikłać, który w całości zrośnięty jest od przodkowéj powierzchni z siecią dużą. Również i płat prawy wątroby połączony silnemi zrostami z powyższym kłębem jelit, i zepchnięty ku dołowi. Jedynie tylko przodkowa część jelita ślepego i dwunastnicy w górnym odcinku jest wolna. Jelito ślepe unieruchomione w zatoce biodrowéj prawéj, zachowując swe prawidłowe ułożenie, podczas gdy w dalszéj części jelito grube tworzy zgięcia kolankowate ku dołowi i górze, przybierając przez to najrozmaiciéj kręty przebieg. Przebiegu innych pętli jelitowych z powodu zrostów w żaden sposób dopatrzeć się nie można. Przeciąwszy cały powyższy ten kłęb, nie można nigdzie zauważyć zwężenia światła jelitowego, które wypełnione jest kałem obrzednim.

Żołądek jest znacznie powiększony, rozszerzony i wypełnia całą okolicę podżebrza lewego, spychając śledzionę ku tyłowi. Dolna jego granica sięga na 3 cm. poniżéj pępka, sieć mała, zgrubiała. Pomiędzy górną krzywizną żołądka a lewym płatem wątroby wiotkie zrosty, jak również pomiędzy boczną ścianą żołądka a śledzioną. Dolna krzywizna żołądka okazuje poprzeczne ułożenie, podczas gdy brzeg jego górny tworzy zgięcie kątowate, wierzchołkiem ku dołowi zwrócone. Ramię prawe tworzy w całości część odźwiernikowa t. j. od szczytu aż do ujścia do dwunastnicy i wynosi 3·5 cm. długości; ramię zaś lewe w linii prostéj 11 cm. długie utworzone jest przez dalszą część brzegu górnego aż do saméj części wpustowéj żołądka. Ujście więc odźwiernika zwrócone jest ku górze wraz z całą częścią odźwiernikową. Kątowate to zgięcie górnego brzegu żołądka spowodowane jest przez silne zrosty łącznotkankowe w okolicy odźwiernikowéj i to górnego brzegu i tylnéj ściany z otaczającą tkanką i trzustką.

Po otwarciu jamy żołądkowéj widoczna w niéj znaczna ilość treści fusowatéj, mocno kwaśno oddziaływającéj, o zapachu mocno kwaśnym — zjełczałym. Na granicy części odźwiernikowéj odpowiednio do powyższego kątowatego zagięcia z górnego brzegu jak i przeważnie z tylnéj ściany wystercza do jamy żołądka fałd półkolisty — zastawkowy, którego podstawa wynosi 12 cm. — wysokość 4·8 cm. a grubość 8 mm. Fałd ten, przypominający na pierwszy rzut oka zastawkę Bauhiniego w jelicie ślepém, utworzony został skutkiem zdwojenia całéj ściany żołądka, we wszystkich warstwach takowéj dokonanego przez zrost odpowiednich warstw zewnętrznych, surowiczych, na ograniczonéj przestrzeni. Utkanie tychże ścian, zrośniętych ze sobą, nie przedstawia zboczenia. Powyższy ten fałd prawie w zupełności jak zastawka zamyka ujście odźwiernika w kierunku od żołądka ku dwunastnicy, tak iż przedostawanie się wszelkiéj treści pokarmowéj z żołądka do dwunastnicy, jeśli nie zupełnie powstrzymane, to w wysokim stopniu upośledzone zostało, a to tém rychléj, iż ujście odźwiernikowe przez zrosty powyższe usadowione na tylnéj ścianie i górnym brzegu żołądka, zostało pociągnięte ku górze i nieco ku tyłowi, i z łatwością przez powyższą klapę zastawkową spadającą od żołądka, zupełnie od światła tegoż zostaje odcięte. Wykazać to można przez wlewanie płynów do jamy żołądkowéj. Odźwiernik sam nie okazuje zwężenia, lecz owszem rozszerzenie.

Cała błona śluzowa żołądka, t. j. od fałdu owego zastawkowego, w wysokim stopniu zmacerowana, zamieniona na miazgę fusowatą, galaretowatą; ściana zaś żołądka znacznie zścieńczała (co wszystko jest wyrazem rozmięknienia pośmiertnego): błona śluzowa odźwiernika, jak i ściana normalna.

Podobnie i dwunastnica okazuje przebieg nieprawidłowy. Część początkowa dwunastnicy, mianowicie ściana górna takowéj, zrośnięta jest ściśle z woreczkiem żółciowym jako też

i z wiązadlem dwunastnicowątrobowém; w dalszéj zaś części przebieg téjże jest nieregularnie kręty, przez co wytworzyło się kilka jużto głębszych, jużto płytszych kieszonkowych uchyłków (*diverticula*), szczególnie w części końcowéj.

Po przecięciu jelita ślepego na tylnéj ścianie, w odległości 10 cm. od zastawki Bauhiniego, znajduje się otwór wielkości talara o brzegach nierównych, strzępiastych, szaro zielonkowato rozmiękkających, prowadzący do rozległéj jamy pozaotrzewnowéj, wypełnionéj treścią ropną i kałową. Jama ta zachodzi na prawo po za nerkę prawą, ku górze podchodzi po pod całą dwunastnicę ku dołowi po pod jelito ślepe aż prawie pod wiąz Pouparta. Na około téjże jamy rozległe zwyrodnienie włókniste tkanki pozaotrzewnowéj; wewnętrzna zaś powierzchnia takowéj wyścielona jest tkanką granulacyjną.

Inne szczegóły z protokółu sekcyjnego nie mają znaczenia w naszym przypadku, a przyczynę śmierci należało jedynie odnieść do znacznego ogólnego wyniszczenia.

Przypadek powyższy zasługuje na szczególniejszą uwagę ze względu na okoliczność, która się stała przyczyną rozstrzeni żołądkowéj znacznego stopnia. Zazwyczaj przyczyną rozstrzeni, która nie należy do rzadkich przypadków, są zwężenia w odźwierniku, wywołane przez blizny po wrzodach okrągłych lub przez nacieki nowotworowe rakowe, lub też przez zrosty naokoło części odźwiernikowéj żołądka, które coraz bardziéj kurcząc się i ściągając oddziaływają niekorzystnie na światło takowego. Rzadziéj stosunkowo rozstrzeń żołądka odnieść wypada do atonii, niedowładu ściany żołądka, wywołanego najczęściéj przez nieżyty długotrwałe i błędy dyetetyczne. W przypadku naszym żaden z powyższych czynników nie odgrywał czynnéj roli, odźwiernik bowiem nie był wcale zwężony i zmian nieżytowych na miejscu utrzymanéj błony śluzowéj w odźwierniku nie można bylo zauważyć. Przeciw téj ostatniéj okoliczności przemawiają również i wywiady chorego, który poprzednio przed rozpoczęciem choroby nie doznawał żadnych zaburzeń w trawieniu. Natomiast przyczyną rozstrzeni żołądka w niniejszym przypadku było wytworzenie się powyższego fałdu zastawkowego, spowodowane obecnością rozległego ropnia chronicznego, który rozwijając się i w tkance pozaotrzewnowéj, oprócz przebicia do światła jelita ślepego wywołał i zwyrodnienie włókniste rozległe tkanki sąsiedniéj a przeważnie otrzewny w okolicy górnego brzegu i tylnéj ściany części odźwiernikowéj żołądka. Fałd ten wychodząc z górnéj i tylnej sciany żołądka w okolicy odźwiernika, wytworzony skutkiem zrośnięcia się powierzchni zewnętrznych ściany żołądka na ograniczonéj przestrzeni, podczas każdego skurczu żołądka działając jako zastawka zamykał ujście odźwiernika i nie dozwalał tym sposobem przedostawaniu się treści pokarmowéj do dalszéj części przewodu pokarmowego a względnie do dwunastnicy, a przez coraz to znaczniejsze gromadzenie się pokarmów wywoływał coraz to znaczniejszą rozstrzeń żołądka. Z początku fałd ten zastawkowy mógł sprawiać tylko przeszkodę w przedostawaniu się pokarmów z żołądka do dwunastnicy, w miarę jednak jak odźwiernik przez kurczące się zrosty pociągnięty został ku górze i tyłowi, nastąpiło coraz znaczniejsze a w końcu zupełne odcięcie jamy żołądka od odźwiernika i dwunastnicy. Stwierdza to i obraz chorobowy, gdyż w ostatnich 19tu dniach chory każdy pokarm stały i płynny napowrót oddawał.

W koncu winienem wynurzyć serdeczne podziękowanie Wmu prof. Browiczowi, przewodnikowi mojemu, za odstąpiony łaskawie materyjał, jak również Wmu prof. Obalińskiemu za chętne udzielenie dat do klinicznego przebiegu sprawy chorobowéj.

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIII i XIV.

Przyczynek do kazuistyki samobójstwa.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Zdarzają się przypadki śmierci gwałtownéj, w których rozpoznanie, czy zgon nastąpił z własnéj lub cudzéj ręki, jest nadzwyczaj trudne, a tém samém odpowiedź, któréj żąda sędzia śledczy, czy w danym przypadku mamy przed sobą samobójstwo lub morderstwo, staje się prawie niemożebną. Zasadą jest sądowolekarską, aby w takich razach wątpliwych, stanowczo rozjaśnić się nie dających, nie wykluczać stanowczo możności samobójstwa. Od téj zasady uświęconéj tak w praktyce sądowéj, jakotéż sądowolekarskiéj, odstępują czasem znawcy, którzy albo sami podobnego przypadku samobójstwa nie widzieli, albo podobnego opisu w literaturze odnaleźć nie zdołali, i miasto obrać drogę pośrednią, to jest wypowiedzieć Sądowi wątpliwości w danym razie zachodzące, postawieni między alternatywą: własna lub cudza ręka, oświadczają się za morderstwem, a przynajmniéj stanowczo wykluczają samobójstwo, co na jedno wychodzi, obciążając się niepotrzebnie odpowiedzialnością moralną. Pojmuję, że lekarz sądowy narażony jest na przykrości, jeżeli w następstwie orzeczenie jego okazuje się mylném; sami koledzy gotowi zarzucić mu nieznajomość rzeczy, a znajdują się i tacy, którzy zarzucą mu chęć ocalenia winnego, — ale na takie nieprzyjemności od praktyki nieodłączne każdy przygotowany być musi, a w każdym razie lepiéj, stokroć lepiéj, jeżeli lekarz orzeczeniem swém przyczyni się do uwolnienia winnego, aniżeli do skazania niewinnego. Są jednak i przypadki, które wprawdzie na pierwszy rzut oka przedstawiają się jako morderstwo, w których jednak po dojrzałém zastanowieniu się, po uwzględnieniu i skombinowaniu wszystkich okoliczności, choć na pozór małoznacznych, dochodzi się do wniosku, że co najmniéj działania własnéj ręki wykluczyć nie można, a czasem nawet powoli nabiera się przekonania, że pomimo wszystkich pozorów mamy do czynienia z samobójstwem. Zdarza się, że znawca znajdzie niepokaźną wskazówkę, która uszła uwagi znawcy poprzedniego, a która staje się nicią przewodnią w labiryncie, albo że przypomni sobie podobny przypadek, jaki spostrzegał przed laty, a w którym samobójstwo nie ulegało zaprzeczeniu, — a wtedy śmiało oświadcza się za samobójstwem i przyczynia się do uwolnienia człowieka, bezpodstawnie o największą zbrodnię posądzonego. Niedawno temu miałem dwa takie przypadki do ocenienia w Wydziale lekarskim i poczuwam się do obowiązku podania ich do wiadomości kolegów, jako przypadków bardzo rzadkich, dla tego ważnych i pouczających.

I.

Śmierć w skutek złamania kości czołowéj siekierą i zmiażdżenia mózgu. Poderznięcie gardła. Rany rznięte w okolicy sercowéj.

Mikołaj M., wieśniak lat 54 liczący, powróciwszy zrana po śniadaniu do chałupy zastał żonę swoją Rozaliję M., lat 40 i kilka liczącą, leżącą w komórce, głową ku drzwiom zwróconą, krwią zbroczoną, nieprzytomną, charczącą; wyniósł on ją natychmiast do sieni, a widząc, że dogorywa, pobiegł do sąsiadów i po księdza. Gdy sąsiedzi przybyli, zastali Rozaliję w sieni leżącą; jeden z nich podniósł ją, przy pomocy jego przestąpiła próg, lecz wnet pochyliła się ku ziemi, poczém przez kilka

ludzi zaniesioną została na łóżko. Na pytanie, kto jest sprawcą zranienia, gestykulowała tylko ręką. Proboszcz zeznaje, że Mikołaj M. przybiegł do niego z wezwaniem, aby się natychmiast udał do jego żony, bo „sia zarizala“, że ją może jeszcze przy życiu zastanie. Proboszcz zastał w izbie dużo ludzi, Rozalija leżała w łóżku, była cała krwią zbroczona, z 4 razy obróciła się z boku na bok; na pytanie; kto jéj to zrobił, nic nie odpowiedziała, lecz kilka razy z lekka ręką machnęła, a oddychała jeszcze, gdy odchodził. Żyła jeszcze z 1 $^1/_2$ godziny.

Według zeznania Seńki Cz. służącego Rozalija M. owego dnia wstała raniutko, zajęła się gospodarstwem, radziła się świadka, co gotować na obiad, następnie dała mu śniadanie, bo miał wyjść w pole; w têm nadszedł gospodarz i zasiadł do śniadania; świadek wyszedł w pole i w krótce potêm dano mu znać, że gospodyni „się zarznęła“. Mikołaj M. zeznał, że po śniadaniu miał iść za Seńkiem w pole, po drodze wstąpił do Iwana St. i posłał syna jego po tytuń; od sąsiada wrócił na chwilę do domu i wtedy zastał żonę charczącą.

Podejrzenie padło więc na męża nieboszczki Mikołaja M., jako tego, który niewątpliwie znajdował się na miejscu czynu, a przynajmniéj według swego zeznania pierwszy spostrzegł śmiertelnie zranioną żonę. Wypiera on się stanowczo czynu, podając, że do niego żadnego nie miał powodu; z żoną żył bardzo dobrze, lubiał się wprawdzie napijać, ale z innemi kobietami nic miał do czynienia. Nie ma wyobrażenia, ktoby żonę mógł zamordować, bo nieprzyjaciół nie miała. Sądzi, że dopuściła się samobojstwa, bo od dłuższego czasu chorowała i nieraz się odgrażała, że musi się życia pozbawić.

Zwierzchność gminna donosząc Sądowi o śmierci Rozalii M. podała, że „zarznęła się z niewiadoméj przyczyny“. Przesłuchani sąsiedzi zgodnie podają: 1) że małżonkowie M. żyli ze sobą dobrze i 2) że nieboszczka nieraz mówiła, że się powiesi, albo utopi, albo zarznie, gdyż cierpi jakąś słabość, a mąż martwi się z powodu jéj choroby i dla tego źle wygląda; 3) że nie miała własnego majątku, że więc nikt po niéj nie mógł spodziewać się spadku. Seńko Cz. od lat 10 służący u M. podał, że małżonkowie żyli w największéj zgodzie, a o stosunkach miłosnych gospodarza nic nie wie; to samo stwierdza Anna Ch. od lat 4 u M. służąca. Tylko jeden proboszcz twierdzi, że małżonkowie nie żyli dobrze ze sobą, że Mikołaj M. miał jakieś miłostki, jednak nic pewnego nie podaje, ponieważ jest związany tajemnicą spowiedzi.

W komorze, gdzie Mikołaj M. zastał żonę swoją ciężko ranioną, znaleziono w kałuży krwi siekierę i sierp, mocno krwią zbroczone, oraz chustkę z głowy. W chałupie i na odzieży Mikołaja M. nic podejrzanego nie znaleziono.

Mikołaja M., jako podejrzanego o morderstwo, uwięziono a następnego dnia po śmierci Rozalii M. odbyto sekcyję sądową na jéj zwłokach, któréj protokół opiewa jak następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1) Na stole sekcyjnym leżą zwłoki kobiety lat 40 kilka liczyć mogącéj, wzrostu średniego, dosyć dobrze zbudowanéj i licho odżywionéj. Skóra blada, na plecach i pośladkach pokryta plamami pośmiertnemi. Włos ciemny, tęczówki jasne. Skóra na twarzy pokryta drobnemi, licznemi kropkami ciemnéj, zaschniętéj krwi. 2) Na czole widzimy ranę kształtu czworobocznego, któréj długość wynosi 7cm., szerokość 3cm. Rana ta drąży przez wszystkie części miękkie, przez całą grubość kości czołowéj na 5cm. w głąb i odsłania na dnie części mózgu zmiażdżone, jakotêż odszczepy kostne. Brzegi téj rany są zupełnie równe, ostre. 3) Po obu stronach powyż opisanéj rany widzimy z każdéj strony 3—4 ran równolegle do siebie i do rany powyż opisanéj przebiegających. Rany te są linijne, tak długie jak rana główna na czole opisana i sięgają w głąb przez części miękkie aż do kości. 4) Na szyi w okolicy pierwszych pierścieni tchawicy znajduje się rana poprzeczna na 6cm. długa, pośrodku na 3cm. rozwarta o brzegach zupełnie ostrych. Rana ta sięga przez całą grubość skóry, tkanki łącznéj podskórnéj i fascyję szyi, odsłania mięśnie szyi, gruczoł tarczykowy. Tchawica i wielkie naczynia szyi nie są uszkodzone. W najbliższéj okolicy rany w częściach miękkich kilka drobnych wynaczynień krwi. 5) Na wewnątrz i nieco powyżéj brodawki sutkowéj lewéj widzimy ośm ran zupełnie powierzchownych, linijnych, przebiegających w kierunku poprzecznym równolegle do siebie, rana jedna pod drugą. Każda z tych ran na 4—6cm. długości. Nacięcia w tych miejscach wykazują w tkance łącznéj podskórnéj wynaczynienia krwi ciemnéj, skrzepłéj.

Oględziny wewnętrzne: 6) Po odpreparowaniu części miękkich głowy widzimy w tkankach stanowiących brzegi rany opisanéj na czole nie wielkie wynaczynienie krwi. 7) Kości czaszki przedstawiają ubytek substancyi kostnéj w kształcie czworoboku odpowiadający zupełnie wielkością i położeniem ranie na czole pod l. 2 opisanéj. 8) Odpowiednio do tego otworu w kości czołowéj znajdujemy na powierzchni opony twardéj w têm miejscu 12 różnéj wielkości odszczepów kostnych. Opona twarda na przestrzeni 5—6cm. rozdarta, a w głębi miąższ mózgu zmiażdżony. Na oponach miękkich w okolicy powyż opisanéj rany wynaczynienie drobne krwi. Również znajdujemy wynaczynienie krwi pomiędzy móżdżkiem a oponami. Reszta miąższu mózgu niedokrewna, blada. 9) Kości czaszki na podstawie nie uszkodzone. 10) Płuca oba wolne, wszędzie zawierają powietrze, miąższ przy ucisku wydziela ciecz ciemną, krwawą, pienistą. 11) Serce prawidłowéj wielkości zawiera w komórkach swych małą ilość napół płynnéj krwi, zastawki prawidłowe. 12) Żołądek próżny przedstawia objawy przewłocznego nieżytu. 13) Wątroba, śledziona nie powiększone. Reszta trzew brzusznych prawidłowa.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące orzeczenie:

I. Najbliższą przyczyną śmierci w niniejszym przypadku było porażenie mózgu.

II. Jako przyczynę dalszą wykazała sekcyja zwłok uraz gwałtowny, kilkakrotny w głowę w okolicę czoła narzędziem tępêm, ostrêm zadany, którego następstwem była rana na czole pod l. 2 opisana, zgruchotanie kości czołowéj na znacznéj przestrzeni i uszkodzenie samego miąższu mózgu.

III. Uszkodzenie powyższe było absolutnie śmiertelne a śmierć nastąpić musiała w krótkim bardzo czasie po uszkodzeniu.

IV. Uszkodzenie na szyi, opisane pod l. 4, miało miejsce za życia, śmierci jednak nie wywołało ani też do niéj nie przyczyniło się, gdyż ani tchawica ani też większe naczynia krwionośne na szyi nie zostały uszkodzone. Uszkodzenie to zadane zostało narzędziem ostrêm.

V. Rany skórne na tułowiu zadane zostały również narzędziem ostrêm, stanowią tylko lekkie obrażenia ciała.

VI. Uwzględniając wielkość i jakość rany na czole, która w dalszym ciągu śmierć denatki spowodowała, absolutnie wykluczamy możność samobójstwa.

W tydzień potêm pp. obducenci uzupełnili protokół sekcyjny w dwóch punktach: *a*) Rana opisana pod l. 2) znajdowała się na czole i przebiegała w kierunku pionowym z góry ku nasadzie nosa. *b*) Rana opisana pod l. 4 miała kierunek poprzeczny, zupełnie poziomy.

Na szczegółowe zaś pytania Sędziego śledczego dali następujące wyjaśnienia:

a) Kształt rany pod l. 2) opisanéj, jéj wielkość i głębokość, daléj ilość wielka odszczepów kostnych a wreszcie równość brzegów przy kształcie czworobocznym rany, stanowczo dowodzą, że rana ta powstała skutkiem kilkakrotnego urazu narzędziem ciężkiêm, ostrêm w czoło. Siekiera okazana nam jest zupełnie odpowiedniêm ku temu narzędziem.

b) Samobójstwo wykluczamy z wszelką stanowczością w obec tego, iż rana na czole, która śmierć spowodowała, wywołaną była kilkakrotnym urazem w głowę z wielką prowadzonym gwałtownością, a przy znacznéj bardzo głębokości rany, która aż w sam miąższ mózgu sięgała, musiała denatka po pierwszêm zaraz uderzeniu stracić przytomność i nie mogła sobie dalszych zadać urazów.

c) Rana na szyi pod l. 4 opisana mogła być zadaną przez samą denatkę, ale przed uszkodzeniem czoła. Prawdopodobniejsze jednak wydaje się przypuszczenie, że rana ta zadaną została przez osobę trzecią po uszkodzeniu czoła. Rana ta stanowi uszkodzenie ciała lekkie, gdyż jest powierzchowną i żaden ważniejszy organ w têm miejscu uszkodzony nie został, a zadaną była narzędziem ostrêm, być może że sierpem nam okazanym. Skutkiem rany téj denatka mowy ani przytomności utracić nie mogła.

d) W obec podanego nam faktu, że na powale komory, w której czyn dokonany został, znaleziono krew w kształcie drobnych, zaschłych kropli, a wysokość komory wynosi 205cm., powiedzieć musimy, że pierwszy przynajmniéj cios w głowę musiał być zadany, kiedy denatka znajdowała się w pozycyi stojącéj, a nie leżącéj, gdyż z naczyń stosunkowo nie wielkich, jakie znajdują się w okolicy rany, krew na 2 metry w górę wytryskiwać nie mogła. Krew z takich naczyń wytryskiwać może do wysokości najwięcéj $^1/_2$—1 metra

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Christmas-Dirckinck-Holmfeld: **Poszukiwania nad wartością terpentyny jako środka odrażającego.**

Kontrolując podania Grawitza i du Barego o wartości terpentyny jako środka odrażającego, doszedł autor do wprost przeciwnych wyników. Polewał on hodowle grzybków *Staphylococcus pyogenes aureus, micrococcus prodigiosus* i hodowlę bliżéj nie oznaczonego białego grzybka okrągłego terpentyną i po rozmaitym przeciągu czasu ($^1/_2$—5 godz.) przeszczepiał cząstki téjże na pożywki świeże, przyczem przekonał się, że dopiero 5cio godzinny pobyt grzybka *Staph. pyogenes aureus* pod powłoką terpentynową żywotność tegoż znosi, dwa zaś inne bynajmniéj dotkniętemi nie były. Mięszając pożywkę gelatynową, rozpuszczoną przez wzrost grzybka *Staphylococcus pyogenes* z terpentyną, przekonał się, że zawarte w pożywce grzybki zabitemi nawet po 5ciu godzinach nie zostają. (*Fortschritte d. Med. V*, 1887. Nr. 19).

Dr. J. Karliński.

Patologija.

Prof. Sahli (Berno): **O odporności w obec pojęć nowoczesnych.**

Przez odporność rozumieć należy ten stan, w którym ustrój staje się zdolnym do nieprzyjmowania jadu pewnéj istoty zakaźnéj, będącéj przyczyną choroby téj saméj natury. Odporność przeciw niektórym chorobom może być pierwotną albo następową, może być właściwością kilku osób, rodów albo nawet całych ras. Cały świat zwierzęcy jest odpornym na kiłę. Owce w Berberyi są w przeciwieństwie do innych gatunków owiec odporne na jad wąglika. Lekarze stają się z czasem odporni na wszystkie prawie choroby zakaźne. Są choroby, w obec których pierwotna odporność nie istnieje, w obec których jednak po jednorazowém przebyciu ich zyskuje się t. zw. nabytą odporność czyli jak ją S. nazywa następową. S. rozbiera daléj pytanie, co to jest nabyta odporność? Dwa różne zapatrywania, jedno jakoby chorobotwórcze ustroje odciągnęły raz na zawsze ustrojowi soki dla nich potrzebne, drugie jakoby one wytwarzały w ustroju jakąś istotę dla ich rozwoju długo jeszcze po przebyciu choroby szkodliwą, nie wydają mu się prawdopodobnemi. Ciało ludzkie nie daje się bowiem pod tym względem porównać z istotą martwą. Za to podoba się bardzo S. teoryja witalistyczna Miecznikowa, na podstawie któréj ustrój ludzki, a względnie jego ciałka białe występują czynnie do walki z jadem, który do ustroju wtargnął, a pokonawszy go raz, zyskują niejako na przewadze fizycznéj nad nim i nie pozwalają mu nigdy na nowo do ustroju wkroczyć, na teren, na którym raz pobitym został. Taką przewagę fizyczną mają białka białe (fagocyty) u niektórych zwierząt, ztąd fagocytyzm u nich, tj. walka przeciw jadom, toczy się z nierównemi siłami. Przewaga jest zawsze dlatego po stronie ich ciałek ciałych. (*Deutsche med. Woch.* 1888. Nr. 35). *H. K.*

Mosé (Montpellier): **Cukromocz i poliuryja w przebiegu zimnicy.**

W następstwie napadu zimniczego może się pojawić cukier w moczu, lecz zdarza się to rzadko i tylko przejściowo. Cukromocz w tych przypadkach polega, jak się zdaje, na istnieniu warunków osobistych i zawisł od pewnego stanu stałego lub chwilowego, w jakim się ustrój znajduje (gościec, laktacyja itd.). Zakażenie zimnicze odgrywa tu rolę wtórorzędną, gdyż w ciężkich przypadkach zimnicy obecność cukru w moczu nie zdarza się częściéj, niż w przypadkach łagodnie przebiegających. Drugim objawem towarzyszącym zimnicy jest poliuryja. Po każdym napadzie zimniczym, czasem nawet przez kilka dni, ilość moczu, którą chory oddaje, bywa zwiększoną (do 5—8 litrów dziennie). Mocz ten nie jest zbyt wodnistym i zawiera chlorki w ilości powiększonéj. (*Le Progrès médical*, 1888, Nr. 40). *A. B.*

Choroby wewnętrzne.

Ziemssen: **O środkach przeciwgorączkowych.**

W ostatnim czasie czyniono liczne zarzuty skuteczności środków przeciwgorączkowych i kwestyja ta była nawet przedmiotem obrad nie jednego już zjazdu lekarskiego, jednak nigdy jéj stanowczo nie rozwiązano. Godzi się więc zaznajomić czytelników z zapatrywaniami jednego z wybitniejszych klinicystów niemieckich, który na podstawie licznego materyjału kliniki monachijskiéj w tym przedmiocie głos zabiera. Nowe odkrycia na polu bakteryjologii musiały wpłynąć na zasadę leczenia chorób zakaźnych, jakkolwiek nie w tym stopniu, jak na etyjologiję i profilaksę tych chorób. Przeciwnicy leczenia przeciwgorączkowego skorzystali o tyle z odkryć bakteryjologicznych, że mogli dowodzić, jakoby gorączka sama przez się była już czynnikiem leczniczym, regulującym zboczenia w ustroju a nawet niszczącym szkodliwe mikroorganizmy. Ci więc stanowczo odrzucali wszelkie starania obniżenia gorączki i naturalnie nic chorym nie podawali, lecząc ich tylko dyjetetycznie (Gläser). Umiarkowańsi z nich podawali środki przeciwgorączkowe, ale dopiero wtedy, gdy występowały powikłania lub groziło niebezpieczeństwo (Heubner, Curschmann). Mały tylko zastęp przeczył zupełnie i dowodził, że żadne środki nie wpływają na odsetek śmiertelności (Port).

Z drugiéj zaś strony o wiele więcéj było zwolenników leczenia chorób ostrych zakaźnych i środkami przeciwgorączkowemi, tylko nie wszyscy zgadzali się w wyborze takowych. Z tych Brand, Vogl, Winternitz i inni byli tylko za kąpielami chłodnemi, odrzucając podawanie wewnętrzne środków przeciwgorączkowych, Naunyn i inni stosowali kąpiele letnie bez środków przeciwgorączkowych, wreszcie Liebermeister, Jürgensen, Riess i inni tylko przy ścisłych wskazaniach używają kąpieli letnich, a przytém pomagają sobie środkami przeciwgorączkowemi. Co do pytania, czy leczenie przeciwgorączkowe w chorobach zakaźnych, a przedewszystkiem w durze brzusznym, wywiera wpływ korzystny na przebieg choroby i na zmniejszenie się śmiertelności, odpowiedź musi brzmieć potwierdzająco. Nietylko, że stosowne leczenie przeciwgorączkowe zmniejsza śmiertelność o połowę, ale i przebieg choroby bywa łagodniejszy i mniéj niebezpieczny, jak tego dowodzi zgodna statystyka klinicystów. Przeciw temu podniosły się rozmaite zarzuty. I tak Fiedler dowodzi, że zmniejszenie się śmiertelności i w ogóle chorób zakaźnych ma przyczynę w ulepszeniu stosunków sanitarnych, a nie zależy od sposobu leczenia, a przyznać należy, że co do pierwszego ma F. słuszność. Port przypisuje to wodzie zaskórnéj, od stanu któréj ma zależeć większa lub mniejsza śmiertelność duru. Na podstawie statystyki z lat 10 garnizonu w Monachijum broni Port téj zależności, a ponieważ odsetek śmiertelności spadł z 20 na 2 bez odkrycia jakiegoś środka przeciwdurowego więc *eo ipso* całe leczenie przeciwgorączkowe nie ma racyi bytu. Na podstawie tegoż samego materyjału udowodnił Vogl bezzasadność teoryi Porta i podaje daty, odnoszące się do lat 1875—1882 w szpitalu garnizonowym w Monachijum, gdzie, będąc lekarzem naczelnym, czynił te spostrzeżenia. Otóż na jednym oddziale stosowano wyłącznie zimne kąpiele o cieplocie 14°R. przez kwadrans co 8 godzin regularnie, skoro tylko ciepłota dochodziła w odbytnicy do 39,5°, w drugim zaś oddziale tegoż samego szpitala wojskowego stosowano w łagodniejszy sposób leczenie zimną wodą i podawano środki przeciwgorączkowe. W 1szym oddziale z 520 chorych umarło 28, w 2gim z 610 umarło 52 czyli w odsetkach wypada 5,4% i 8,5% wśród tych samych warunków zewnętrznych i tym samym materyjale chorobowym. W obec tego postępowanie lecznicze według metody Branda można uznawać za najodpowiedniejsze

dla szpitali wojskowych. Inaczéj rzecz ma się w praktyce prywatnéj, gdzie musimy walczyć z brakiem odpowiedniéj służby, nieufnością chorych, oporem, wreszcie i inne warunki indywidualne chorego muszą tutaj iść w rachubę. Jeżeli więc odsetek śmiertelności w szpitalach wojskowych jest niższy niż w cywilnych, to nie należy zapominać, że chorzy wojskowi są młodzi, silnie zbudowani i dobrze nieraz odżywieni, cały więc przebieg duru mogą znieść łatwiéj. (Dok. nast.).

Choroby dzieci.

Ollivier: **O zaraźliwości zapalenia sromu i pochwy u małych dziewcząt.**

Ogólnie uważa się chorobę tę jako wynik mechanicznego drażnienia albo jako miejscowy objaw choroby ogólnéj. O. spostrzegał epidemiję w szpitalu dla dzieci w Paryżu i przyszedł do przekonania, że zapalenie sromu i pochwy posiada cechy choroby zakaźnéj. Epidemija ta była wynikiem nieostrożności: ręce posługaczek i przedmioty służące do pielęgnowania dzieci były czynnikiem przenoszącym chorobę z jednego dziecka na drugie. To też po zarządzeniu najprostszych środków profilaktycznych, a głównie mycia rąk płynem antiseptycznym, epidemija wnet ustała. (*Le Progrès médical* 1888. Nr. 43). *A. B.*

Choroby nerwowe.

Knies (Fryburg): **Jak wygląda oko wśród padaczki?**

Wielu autorów podaje, że podczas napadu padaczki siatkówka przedstawia obraz przekrwienia biernego, który to obraz zastoju ma być tém większy, im silniejszy jest napad i im wcześniéj się oko bada wziernikiem. Wśród samego napadu badać dno oka jest bardzo trudno; na zjeździe okulistów w r. 1877 podał K. wyniki badań u jednego 14-letniego chłopca padaczką dotkniętego; na 10—20 sekund przed napadem zwężały się nagle tętnice siatkówki, zwężenie to utrzymywało się aż do ukończenia się napadu. Zdaniem K. należy sobie ten objaw tak samo tłumaczyć jak niektórzy tłumaczą przyjście do skutku napadu padaczki, t. j. skurczem naczyń tętniczych kory mózgowéj. Obecnie opisuje K wyniki, otrzymane u chorego tego samego rodzaju, 35 lat liczącego, cierpiącego padaczkę na tle kiły. W ostatnich czasach ma tylko napady zupełnéj ślepoty, jednakowoż po kilku minutach ustępującéj, odnoszącéj się głównie do oka prawego. K. przypuszcza, że ma w tym przypadku do czynienia ze skurczem naczyń tętniczych oka prawego, podobnym, jaki się znajduje u chorych z padaczką, że zatém ślepota u niego chwilowa jest poronnym napadem padaczki. (*Münch. med. Woch.* 1888. Nr. 26). *H. K.*

Choroby krtani.

(*H. K.*) Docent Graser (Erlanga) nawięzując do 7 przypadków, w których zamiast tracheotomii wykonał t. z. **intubacyję według O'Dwyera**, zastanawia się nad dodatniemi i ujemnemi stronami tego od niedawna używanego sposobu. Według statystyki Browna przypada na 806 przypadków intubacyi 27·4% wyleczonych, z innych statystyk wypada na 1926 tracheotomij 28% (Berlin), na 697 tracheotomij 24·5% (Lipsk) wyleczonych. Różnica zatém nie duża a i ta jeszcze względna, bo od ciężkości przypadków zależna. Do zalet intubacyi należy zaliczyć to, że nie trzeba usypiać dziecka, że się daje bardzo łatwo wykonać, że odpadają trudności obejmowane nazwą *décanulement*, że skutek po niéj taki sam jak po tracheotomii; do ujemnych zaś: utrudnia niekiedy połykanie, rurka niekiedy się zatyka, a wtedy tylko lekarz może ją wyjąć i oczyścić, dzieci mogą rurki niekiedy wśród kaszlu wyksztusić, a wtedy niebezpieczeństwo aż do sprowadzenia lekarza może życiu dziecka koniec położyć. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 38).

Chirurgija.

E. Fischer: **Nowy sposób leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.**

Leczenie skrzywień kręgosłupa tak różnorodne a jednak dotąd niezbyt świetnemi cieszące się wynikami, wzbogaca autor nowym sposobem, który łączy w sobie zasadniczo ortopedyję z mięsieniem i gimnastyką, opiera się zaś autor przytém na badaniach teoretycznych i anatomicznych skrzywień kręgosłupa (ogłoszonych w *Berl. klin. Woch. 86 r.)*.

Sposób leczenia F. polega na przywieszaniu ciężarów, nieraz bardzo znacznych na tułowiu, poziomo ułożonym, które kręgosłup odpowiednio prostują i skręcają, tak że bezpośredni skutek ich działania można natychmiast ocenić; chory staje zwykle przed krzesłem, zgina się tak, aby kręgosłup ułożył się poziomo i opiera się łokciami o poduszkę krzesła; wówczas okręca się go pasem elastycznym 8 cm. szerokim, w miejscu największéj wypukłości skrzywienia stosu i przyczepia się do tegoż pasa za pomocą kiszkowatéj pętli odpowiedni ciężar (od 10—80 kg.) odpowiednio do wieku, siły i wprawienia się chorego. Co do miejsca przyczepienia i kierunku działania ciężaru postępuje Fischer rozmaicie, ale w pewnym porządku. Weźmy za przykład wraz z autorem najczęstsze skrzywienie w prawo.

1. Pierwszy sposób polega na tém, że z prawéj strony grzbietu umocowuje się do pasa ciężar, który chory winien dźwigać średnio przez kwadrans.

2. Jeżeli ruchomość kręgosłupa jest bardzo upośledzoną, zamiast na krześle opiera się chory rękami na dwóch ruchomych podporach i przechadza się po pokoju wraz z ciężarem około 15 minut.

3. Następnie wykonywa chory dla wzmocnienia mięśni grzbietu, odnóg i karku różnorodne ćwiczenia gimnastyczne, podobne do tych, jakie się zwykle robi ciążkami.

4. Daléj następuje znowu dźwiganie ciężaru, który się jednak przyczepia z lewéj strony bliżéj brzucha, a sznur przechodzi ponad umyślnie na ten cel zrobioną poręcz, około 1 metra wysoką, zaopatrzoną poduszkami, które przylegają do barku i biodra chorego. Pozycyja jest ta sama co w 1, tylko chory stoi obok opisanéj poręczy. Tułów będzie tutaj wykręcony w tym samym kierunku co przy ćwiczeniu pierwszém, a nadto ciężar, działając w kierunku poziomym, prostuje w prawo wypukły kręgosłup.

5. Potém znowu ćwiczenia gimnastyczne, ruchy okrężne tułowiu, podnoszenie łopatek do góry i t. d.

6. Trzecim wreszcie rodzajem działania ciężaru, w którym sznur przyczepiony z lewéj strony tułowia przechodzi przez krążek ponad chorym, kończy Fischer swoje zabieg z chorym. W ostatnim przypadku ciężar działa wprost do góry i ma na celu prócz zwykłego prostowania i szarpania tułowiu, uniesienie ku tyłowi, a właściwie ku górze, żeber spłaszczonych po lewéj stronie klatki piersiowéj. Zwykle przy tém ćwiczeniu trzyma się chory lewą ręką jakiegoś ciężkiego przedmiotu na ziemi.

Nie koniec jednak na tém, w obec faktu że przy takiem postępowaniu, zboczenie kompenzacyjne kręgów wyżéj lub niżéj od właściwéj okolicy położonych, musi się powiększać, co szczególnie przy końcu leczenia staje się widoczném, zawiesza Fischer w odpowiedni sposób drugie ciężary (zwykle o połowę lżejsze) i rozmaicie kombinuje ich działanie.

Oczywista w obec skrzywienia w lewo wszystko czyni się odwrotnie, przy wygięciach zaś kręgosłupa kręgów piersiowych górnych zakłada się pas wysoko a ręka od strony ciężaru nie służy do oparcia, ale zwisa na dół.

Ciężary te dźwiga leczący się dopóty, dopóki może i chce wytrzymać, a ćwiczenia powtarzają się 3 do 4 razy na dzień, leczenie zaś trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Tak przedstawia się dość szczegółowo jak na sprawozdanie skreślona metoda Fischera; nie ma celu bliżéj roztrząsać, w jaki sposób stara się autor ugruntować naukowo swoje postępowanie. Jasną rzeczą jest zresztą, że bezpośrednim skutkiem działania jego ciężarów jest przypłaszczenie żeber strony wypukłéj, wysklepienie strony przypłaszczonéj, wyprostowanie i odkręcenie kręgosłupa.

Wyniki ostateczne są istotnie świetne, zależą zaś od podatności kośćca i wytrwałości chorych. Na rycinach, przedstawiających chorych przed i wśród leczenia, widać już po kilku tygodniach znakomitą poprawę, tém oczywista wybitniejszą po ukończeniu leczenia, tak, że przy mniejszych stopniach z pewnością można liczyć, po kilku tygodniach energicznego postępowania, na zupełne wyleczenie; choć z drugiéj strony przyznaje sam autor, że przy wysokich stopniach skoliozy *restitutio ad integrum* i po najdłuższém leczeniu musi pozostać *pium desiderium*.

Fischer zbudował prócz tego przyrząd, złożony z dwóch wag dziesiętnych, z których na każdéj staje badany jedną nogą, starając się rozdzielić ciężar ciała na obie nogi równo. U osób ze skrzywieniami stosu kręgowego zachodzą znaczne różnice w rozdzieleniu ciężaru ciała, tak że chory nieraz dwa razy tyle waży po stronie nogi jednéj ile po drugiéj. Wówczas poleca autor na nodze więcéj dźwigającéj odpowiednie podwyższenie podeszwy i twierdzi że w ten sposób leczyć można na pewno rozpoczynające się skrzywienie t. z. statyczne.. (*Berl. klin. Woch.* 88, Nr. 39, 40).

Dr. Gabryszewski.

Położnictwo.

Ahlfeld (Marburg): **O cuceniu noworodków pozornie nieżywych.**

Zaraz po całkowitém wydobyciu się noworodka ze szpary sromowéj, wyciera się mu usta nie palcami, lecz czystą gazą Po odcięciu pępowiny daje się go do ciepłéj wody tak głęboko, aby tylko główka nad powierzchnią wystawała. Miękkiém piórkiem wyciera A. przewody nosowe, które mogą być zatkane, bo noworodki tak jak i późniéj jeszcze małe dzieci nie są przyzwyczajone do oddychania ustami. Jeżeli serce noworodka bije, można go spokojnie na rękach parę minut trzymać w kąpieli; wyczekiwanie spokojne mniéj szkodzi, niż jakiekolwiek sposoby cucenia. Jeżeli po dziesięciu minutach trzymania w takiéj dość gorącéj kąpieli noworodek nie zaczyna oddechać, obwija się go ciepłą flanelą i kateteryzuje się tchawicę, która może być śluzem zatkana. Nierzadko po wydaleniu śluzu zaczyna zaraz oddychać. Równocześnie z kateteryzowaniem dobrze jest nacierać go. Z sposobem Schultzego cucenia noworodków nie trza się zdaniem A. spieszyć, sposób sam przez się dobry, ale tylko wtedy, kiedy już wszystko inne zawiodło; przypadki uszkodzeń i śmierci noworodków z powodu wahań Schultzego nie są rzadkością, Winter opisuje parę przypadków oderwania się wątroby, złamań żeber, krwotoków wewnętrznych. Zresztą już samo ochładzanie się noworodka wyjętego z kąpieli dla wykonania wahań Schultzego nie jest obojętném, owszem działa szkodliwie. W jednym przypadku nastąpiły wylewy krwawe do jam surowiczych po wahaniach. Między wahania Schultzego a inne sposoby kładzie A. wdmuchiwanie powietrza do płuc, jednak dopiero po poprzedniem wydaleniu śluzu z tchawicy również za pomocą kateteru. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 28). *H. K.*

Choroby oczne.

I. Fälser (w Kazaniu): **O mikroorganizmach spojówki oka i aseptyce takowéj.**

Jeżeli rozpaloną platynową igłą dość zlekka pociągniemy po powierzchni spojówki, chociażby najzdrowszéj, i zrobimy posiew na oczyszczonéj pożywce, już po 1—2 dniach w termostacie, przy 37—38°, otrzymamy całą kolonię mikroorganizmów. Zbadawszy takim sposobem 104 oczy (90 zdrowych) dr Fr. tylko w 6 oczach otrzymał wynik ujemny (podobnie jak i prof. Fick). U chorych, cierpiących na zapalenie spojówki, głównie znajdowano *Staphylicoccus pyogenes aureus, et citreus*, rzadziéj, *Staph. albus*, znajdowany zwykle w wydzielinach spojówki prawidłowéj. W razie ropnego zapalenia worka łzowego w spojówce znajdowano *diplococci.* Autor wspomina o znanych przypadkach złego zejścia operacyj zaćm w razie chronicznego cierpienia spojówki i worka łzowego, przyczyną czego zwykle bywają *Staphylococcus pyogenes aureus, diplococci* i *streptococci*, które wywołują *Keratitis suppurativa et panophthalmitis.*

Rozebrawszy krytycznie wszystkie znane dotąd aseptyczne środki, zalecone w praktyce chorób ocznych (woda chlorowa, kw. karbolowy, borowy, rezorcyna, jodol, kreolina, jodoform, sublimat i t. d.). Fr. oddaje pierwszeństwo zalecanemu przez O. Riedla trzechchlorowemu jodowi (ICl_3): rozczyn jego 0,023%, zabija rozpłód stafilokoków w bulionie po 10—30", rozczyn 1:3000 przeszkadza rozwojowi streptokoków a rozczyn 1:2000 zatrzymuje rozwój *Staph. pyogenes aureus et albus.* Prócz przeciwgnilnych ICl_3 odznacza się i innemi pożądanemi własnościami, nieszkodliwością (szybkość wydzielania się nerkami), i tém że nie drażni tkanek. Środek ten autor porównawczo z innemi wypróbował w oftalm. klinice kazańskiego uniw. Do oczyszczenia spojówki używał rozczynu 1:6000; z 50 oczu otrzymał potém mikroorganizmy tylko 9 razy, i to bardzo mało i słabo rozwinięte. Rozczyny jednak ICl_3 dość prędko się rozkładają, najlepiéj więc mieć pod ręką ten środek w kryształach i pożądany rozczyn przygotować *ex tempore*. Wyniki tych doświadczeń Fr. tak formułuje: rozczyn sublimatu (1:6000) jest dość słabym przeciwgnilnym środkiem w praktyce ocznéj, a 3% rozczyn kw. borowego i proszek jodoformowy są zupełnie bezsilnemi dla zniszczenia lub zatrzymania rozrostu i rozwoju mikroorganizmów spojówki oka. Pierwsze miejsce w aseptyce oftalmicznéj powinien zająć ICl_3. (*Wracz* 1888 Nr. 43 i 45).

Dr. I. Talko.

Choroby uszne.

(*H. K.*) Z pomiędzy 400 przypadków zapalenia ucha zewnętrznego udało się Heslerowi (Hala) wykazać w 8 jako przyczynę zakażenie z zewnątrz najczęściéj wywołane drapaniem i dłubaniem palcami w uszach, z powodu swędzenia. Jako objawy odróżniające to **zapalenie zakaźne ucha** (*otitis externa ex infectione*) od czyraka podaje H. następujące: Przy czyraku ucha zewnętrznego mamy tylko objawy cierpienia miejscowego, w zakaźnem zapaleniu objawy bywają nietylko miejscowe ale i ogólne, niekiedy dość ciężkie, w pierwszym nacięcie daje ropę i czop środkowy dla czyraka charakterystyczny, w drugiem tylko krew w nieznacznéj ilości, ropy nigdy nie bywa; w pierwszém obrzmienie jest tylko miejscowe, w drugiém obrzmiewa muszla i skóra głowy, przy czyraku nie ma obrzmienia gruczołów limfatycznych (*Politzer*), w zapaleniu zaś zakaźném jest. W czyraku nacięcie sprowadza natychmiastową ulgę, w zapaleniu zakaźném ucha nie. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 17).

Choroby skórne i weneryczne.

(H. K.) W *Monatsch. f. prak. Dermat.* podaje Bockhardt (Wiesbaden), że bardzo dobre miał wyniki **w leczeniu kłykcin kończystych** środkiem, poleconym najpierw przez Gerhardta, tj. (*plumbum causticum*) **ołowiem gryzącym.** Lek przyrządza się w ten sposób, że się 0 25 tlenku ołowiu rozpuszcza w 8 — 10 cm.sz. ługu potasowego. Za pomocą pręcika drewnianego przenosi się tak długo mięszaninę tę kroplami, aż twór nie zczernieje zupełnie i nie zmieni się w miazgę. Energiczniéj ale i boleśniéj działa pręcik, zrobiony w ten sam sposób ze 20 części tlenku ołowiu a 100 części ługu żrącego. Wrzody pozostające po tém leczeniu goją się szybko, a nawroty nie zdarzają się nigdy. Jeżeli twory kłykcinowe są liczne i duże, powtarza się to samo postępowanie w kilku posiedzeniach.

Medycyna sądowa.

Bollinger, Roth: **Samobójstwo przez powieszenie i zduszenie w położeniu leżącém.**

Jednocześnie autorowie ogłaszają aż 5 przypadków samobójstwa w sposób wyżéj podany. Przypadki takie dla lekarza sądowego nie przedstawiają wprawdzie nic nowego, jednak liczba tych przypadków dowodzi, że one wcale nie rzadko się zdarzają. Są to wprawdzie przypadki trzymające środek pomiędzy powieszeniem a zduszeniem, o ile zamierzone pierwotne powieszenie się mimo woli samobójców zamienia się w strangulacyję; można je więc uważać za śmierć z powieszenia się, w którém zamiast cechującéj powieszenie brózdy na szyi wznoszącéj się ku uszom znajdujemy brózdę całą szyję okalającą a prostopadłą do osi ciała. Pierwszy taki przypadek opisał Tardieu w dziele swojém: *sur la pendaison* itd., tyczący się mężczyzny, który klęcząc na łóżku powiesił się na rurze gazowéj, a po zdjęciu którego znaleziono brózdę całą szyję okalającą. Dwaj samobójcy Bollingera, obłąkani, powiesili się na łóżku, z przypadków zaś trzech Rotha kobieta powiesiła się także na łóżku, 2 mężczyźni zaś w łóżku zdusiwszy się przy pomocy krępulca. Ostatnie 2 są to przypadki prostéj autostrangulacyi. (*Friedreichs Bl. f. ger. Med.*, 1889, I). *L. B.*

Dr. Kuniyosi Katayama (z Japonii): **Nowy sposób wykrycia otrucia tlenkowęglowego.**

Do prób Hoppe-Seylera, Salkowskiego i Zaleskiego przybywa nowa, podana przez Dra K. z pracowni chemicznéj zakładu patolog. w Berlinie. Według niego krew

tlenkowęglowa po dodaniu siarczku amonu i kw. octowego barwi się jasno-czerwono, podczas gdy krew zwykła okazuje barwę czerwonawo-zieloną. Próbę uskutecznia się w następujący sposób: Do próbierki zawierającéj 10—15sz.cm. wody dodaje się 5 kropli krwi badać się mającéj, a po ostrożném zakłóceniu dolewa się 5 kropli siarczku amonu i 7—10 kropli lub więcéj Ā., aż występuje oddziaływanie słabo kwaśne i znów kłóci się powoli. Albo rozcieńcza się 1sz.cm. krwi badać się mającéj z 50sz.cm. wody dest., z tego rozczynu daje się 10sz.cm. do epruwetki, poczém dodaje się naprzód 0·2sz.cm. siarczku amonu a potém 0·2—0·3 rozcieńczonego Ā i kłóci się ostrożnie. Siarczek amonu musi mieć barwę pomarańczową; taki siarczek amonu otrzymuje się albo przez dłuższe odstawienie, albo jeżeli się dodaje 2·5gr. siarki czystéj i sproszkowanéj do 100gr. świeżego bezbarwnego siarczku amonu, albo 2gr. siarki do 100gr. żółtego siarczku amonu. Kwas octowy powinien być rozcieńczony (30% wodnika Ā). (*Virchows Archiv*, 1888, t. 114). *L. B.*

Toksykologija.

Silbermann (Wrocław): **O krzepnieniu krwi za życia, sprowadzoném przez wstrzyknięcie niektórych leków.**

Jak wiadomo, można wywołać zakrzepicę nietylko sposobem czysto mechanicznym, który jako jedyny Virchow (Recklinghausen, Eberth i Schimmelbusch) dla swoich 5 rodzajów zakrzepu przypuszcza, lecz także za pomocą krwi obcéj wstrzykniętéj do żyły, (Panum, Landois), za pomocą zakisu (Köhler). za pomocą ciała składającego się z ciałek białk. i lecytyny (Woolbridge). Działanie różnych tych ciał wytłumaczyła szkoła dorpacka jako zatrucie zakisowe (*Fermentintoxication*), w którém przychodzi do rozległych zakrzepów w ustroju. Do podobnych objawów przychodzi u zwierząt i po wstrzyknięciu niektórych leków, jak np. kw. pyrogalusowego, gliceryny, arsenku wodu, chloranu sodowego, i t. p. Dotychczas sądzono, że przyczyną tych objawów jest z jednéj strony hemoglobinemija, z drugiéj zatkanie naczyń w nerkach kryształkami hemoglobiny, z następową mocznicą. Tymczasem wykazał S. w innéj swojéj pracy, że objawy występujące po wstrzyknięciu wymienionych leków nie mogą być następstwem dwóch wyżéj wymienionych przyczyn (*Zeitschrift f. klin. Med.* tom XI. 1886), gdyż objawy te występują już wtedy, gdy wydzielanie moczu jeszcze jest prawidłowe. Rozchodziło się zatém S. o wykazanie właściwéj przyczyny objawów występujących po wstrzyknięciu kilku pod tym względem szkodliwych leków. Krew otrzymana ze zwierząt (psy lub króliki), które po wstrzyknięciu kw. pyrogalusowego, chloranu sodu i t. p. dostały objawów zatrucia, wstrzyknięta innym zupełnie zdrowym zwierzętom, sprowadzała zawsze rozległe zakrzepy w sercu prawém i tętnicy płucnéj, nawet gdy ją odwłókniono, ogrzano i tylko 2—5 ctm. do żył wstrzyknięto. Przez wstrzyknięcie równoczesne z tém doświadczeniem barwika np. indychtu lub karminu, otrzymywał S. samo nastrzykanie, niejako autoinjekcyje w tych narządach, w których zakrzepy się wytworzyły (nerki, płuca, serce prawe, naczynia jelit). Zdaniem S. należy i u ludzi po zatruciu fosforem, arsenem, chloranem sodu itp. przypuścić śmierć z powodu włosowatych zakrzepów w najważniejszych dla ustroju narządach, czemuby nawet zdaniem jego i objawy za życia spostrzegane (duszność, małe tętno, brak przytomności, obrzęki, porażenia i gangrena różnych części ciała) odpowiadać miały. (*Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1888 Nr. 18). *H. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 17 z dnia 21 listopada 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 32.

1. Pamięć zmarłego kol. Warschauera uczcili zgromadzeni przez powstanie po odpowiedniém przemówieniu kol. Prezesa.

2. Prof. Rydygier okazał cewnik elastyczny Nélatona, który wydobył z pęcherza moczowego pewnego chorego. Cewnik ten pozostawał w pęcherzu przez 14 dni, chory sam go sobie był wprowadził. Wśród badania oddał prof. R. największe usługi cystoskop, okazany w Tow. lek. na jedném z pierwszych posiedzeń r. z.

3. Tenże okazał ciało obce, względnie kamień pęcherzowy, wydobyty u kobiety drogą operacyjną. Kamień ten utworzył się na szpilce podwójnéj, którą sobie kobieta sama wprowadziła do pęcherza moczowego przez cewkę.

4. Prof. Obaliński przedstawił chorego, którego operował według metody Brunsa z powodu nowotworu, który zajmował wszystkie 3 muszle nosowe po jednéj stronie. Tym razem operowano z powodu recydywy po pierwszéj operacyi przebytéj we Lwowie.

5. Tenże przedstawił chorego, u którego dokonał z powodu nekrozy fosforowéj wyłuszczenia całéj szczęki. W dyskusyi nad przypadkiem przedstawionym zabierali głos koll. Rosner i Szymkiewicz.

6. Tenże przedstawił operowanego według metody Mac Ewena, u którego za pomocą radykalnéj operacyi usunięto przepuklinę pachwinową. W związku z tym przypadkiem opisał prof. Obaliński, na czém polega ten sposób postępowania i zauważył, że w pięciu przez siebie operowanych przypadkach uzyskał rezultat pomyślny.

7. W końcu posiedzenia obradowano nad zmianami, mającemi nastąpić w statucie Tow. lek. w myśl wniosków komisyi statutowéj i komitetu Towarzystwa. Sekretarz *Dr. Schaitter.*

VII. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 52).

Dziedziczność zboczeń umysłowych, którą dla skrócenia dziedzicznością psychijatryczną nazywać będziemy, ulega tymże prawom, co i powyższa, z tą tylko smutną różnicą, że kapitał patologiczny, do danego gniazda wniesiony, nie tak się łatwo trwoni, stalszy jest, donioślejszą oporność posiada. Przelewanie to chorób nie wedle pewnéj odbywa się normy, przeciwnie, wielka tu rozmaitość panuje. „Tylko w wyjątkowych przypadkach, powiada Krafft Ebing, rozwija się drogą spadkobierstwa u potomka, forma zboczenia umysłowego, jaką dotknięty był protoplasta. Zwykle zaś postrzega się niestałość form, tak ciągle, tak wytrwale, że nieledwie ją za prawo uważać przychodzi (polimorfizm, transmutacyja) [1]). Wyjątkowe atoli przypadki, o których autor wspomina, występują śród pewnych warunków, przeważnie przy podwójnéj dziedziczności; tutaj to często nie tylko powtarza się taż sama postać chorobowa, nie tylko nacechowana tym samym przebiegiem, ale nawet z temi samemi ubocznemi przypadłościami, jak popęd do samobójstwa, skłonność do opilstwa i t. d.

Za wzór klasyfikacyi spadkobierstwa psychijatrycznego służy nam podział przyjęty przez Ribota w dziedziczności psychologicznéj, o ile ten w danym potrafimy zastosować przypadku.

Może się komu wyda zbyt jednostronnym nasz pogląd, może zarzucić nam zechcą, że za wielką przyczynową doniosłość przypisujemy prawu dziedziczności, pomijając inne niemniéj ważne czynniki. Odpowiednie na to są cyfry. Wspomnieliśmy już, że spadkobierstwo w naszych genealogijach patologicznych wynosi 75%, w stosunku do innych etyjologicznych momentów, wywołujących zboczenia umysłowe, liczba za nadto imponująca, aby jéj nie oddać pierwszeństwa. Co więcéj, jestem przekonany, że w 25 przypadkach nie odnalazłem śladów przelewania w mowie będącéj choroby dlatego tylko, że mi zbywało na odpowiednim materyjale, a gdybym go miał, odsetek dziedziczności podniósłby się niechybnie jeszcze wyżéj.

---

[1]) L. c. 1. 181 (przekład rosyjski).

Spadkobierstwo psychijatryczne przedstawia formy z kilku grup złożone, te znowu zawierają 106 odmian w 75 genealogijach, a to z tėj prostėj przyczyny, że niektóre rody bujnie rozrodzone, o czterech albo sześciu konarach, wielką się odznaczają w zstępujących pokoleniach rozmaitością. Tak np. weźmy pierwszą lepszą tablicę odpowiadającą powyższym warunkom; składa się ona z pięciu latorośli: w najstarszėj przemaga opilstwo, które dopiero w czwartėm pokoleniu przeradza się w obłąkanie; druga usycha na wstępie; trzecia wychodzi zwycięzko, składają ją osoby zdrowe i pod względem fizycznym i pod względem umysłowym (szczęśliwa poprawa rasy); w czwartėj latorośli dziedziczność zwrotna występuje wybitnie, w ostatniėj nareszcie pojedyńcze a potėm podwójne. Otóż w 106 przypadkach udowodnionėj dziedziczności następujące odróżniamy postacie: 1) pojedynczą albo bezpośrednią 45 razy, 2) uboczną 21, 3) zwrotną albo pośrednią (atawizm) 24, 4) podwójną.

1) Prawo pojedyńczėj dziedziczności, jest odmianą początkową, pierwotną, najczęściėj się też spotyka; przelewanie tu bywa albo proste (z ojca na syna, z matki na córkę), albo krzyżowe (z ojca na córkę, z matki na syna). Aby się nierozpraszać w drobnostkach, dodamy, że pierwsze postrzegaliśmy 72, drugie 33 razy; co do tamtėj w 50 przypadkach ojciec udzielał choroby synowi, w 22 matka córce. O wpływach płci jednoimiennėj na rozwój zboczeń umysłowych nic powiedzieć nie możemy, tėm mniėj, że kobiety rzadziėj u nas obłąkaniu ulegają. Co zaś do wpływów spadkobierstwa krzyżowego, zaznaczamy, żeśmy niepostrzegali tych groźnych następstw, jakie mu przypisują niektórzy badacze, (t. j. że obłąkanie wniesione do małżeństwa przez matkę niebezpieczniejszém jest dla syna i *vice versa*); wreszcie nasze bardzo nieliczne obserwacyje na tem polu dokonane zupełnie się zgadzają z przytoczonemi u Baillargera, a ten ostatni popiera je ogromną liczbą podanych przypadków.

Otóż dziedziczność bezpośrednia albo pojedyńcza, będzie li ona prostą czy krzyżową, powtarza się w naszych genealogijach patologicznych dość często, i albo jest przedwstępem groźniejszėj formy, która się w przyszłych dopiero rozwinie pokoleniach, albo jest epizodem, w skutek pomyślnych okoliczności, wstrzymanym w zgubnym rozwoju. Uwydatnijmy to przykładami: Prababka dotknięta melancholiją, dziadek szaleństwo z otępieniem umysłowėm, ojcu i synom nic zarzucić nie można, tak pod względem fizycznym, jak i pod względem intelektualnym. Albo: dziadek ograniczonych bardzo zdolności, rodzaj niezupełnego ogłupienia, ojciec i brat ojca kończą życie w zakładach dla obłąkanych (jeden w Wiedniu, drugi w Warszawie), potomstwo, z czterech osób złożone, reprezentuje ostatnie pokolenie: najstarsza umiera w 14 roku życia, w skutek zapalenia opon mózgowych, drugi z rzędu synek epileptyk, inni dwaj zupełnie zdrowi. Albo, ojciec otępienie umysłowe, córka melancholija przerywana okresami podniecenia. Albo: dziadek opilca, ojciec obłąkanie peryjodyczne, syn idyjota. Ostatni przypadek, przedstawia jakby cechy klasyczne dziedziczności bezpośredniėj, prostėj, to jest, poczynającėj się od protoplasty i kroczącėj z pokolenia w pokolenie po mieczu, kobiety bowiem wszystkie z tego gniazda odznaczały się prawidłowym stanem umysłu. A właśnie zdarza się to rzadko, zwykle bowiem w jednym rodzie wszelkie odmiany spadkobierstwa występują jednocześnie. Przykładem to lepiėj udowodnić można. Przedstawiciel rodu w późnym wieku umiera w skutek bezwładu połowiczego, będącego następstwem po kilkakroć powtarzającego się udaru mózgowego, żona jego, jako córka opilcy, wnosi w posagu upodobanie do trunków; przelewa je na jednego z dwóch synów (dziedziczność poślednia, albo zwrotna z dziadka macierzystego na wnuczka), na tėm się rzecz atoli niekończy: jedna z córek starszego, zdrowego syna, hysteroepileptyczka (dziedziczność zwrotna i krzyżowa zarazem), jedna z córek drugiego syna opilcy, idyjotka (dziedziczność pojedyńcza krzyżowa).

2) Przelewanie uboczne chorób umysłowych (tj. ze stryja albo ciotki) już jest wynikiem głębszego, poważniejszego zwyrodnienia, tak przynajmniėj mielibyśmy prawo wnioskować na zasadzie tych 21 przypadków postrzeganych przez nas, w których dziedziczność owa odbija się jaskrawo na spadkobiercach, obejmując niekiedy wszystkich reprezentantów zstępującego pokolenia; obok obłąkania grupują się tu najprzeróżniejsze cierpienia nerwowe i zwyrodnienia umysłowe, padaczka, pląsawica, maciennictwo, hypochondryja, skażenia pociągów płciowych, złudzenia zmysłów przy zupełnie prawidłowym stanie, bredzenia niezwykłe przy lada podniesionėj ciepłocie organizmu, towarzyszące najpowszedniejszym sprawom gorączkowym, pewne dziwactwa, roztargnienie i t. d., choć z drugiėj strony w szeregu spadkobierców osoby wolne od zboczeń poszczególnionych odznaczają się zdolnościami niepospolitemi, najwięcėj tu spotykamy ludzi z wyższėm wykształceniem, zapowiadających się świetnie pisarzy, w najprzeróżniejszych gałęziach wiedzy, utalentowanych muzyków, malarzy. W formie tėj najdosadniėj się uwydatnia prawo, że protoplasta udziela spadkobiercy nie chorobę, ale usposobienie do niėj, jakby kapitał nieprocentujący, który wielką dywidendę dać może przy nieszczęśliwym zbiegu okoliczności, ale też może jėj długo nie dawać, może w końcu nie dać jėj wcale. Chorzy z takim smutnym posagiem przychodzący na świat, ulegają zboczeniom umysłowym dość późno, między 30 a 50 rokiem życia, prawie zawsze po odbytych szczęśliwie studyjach, po skończonėj karyjerze wojskowėj, w pełni pięknie i bezinteresownie sprawowanėj służby obywatelskiėj... długo są to dziwacy, znani dobrze ogółowi: jeden naprzykład zamiłowanie porządku posuwał do tego stopnia, że przyszedłszy w odwiedziny do znajomego, zaczynał od zbierania papierków na podłodze, sprzątania popiołu cygarowego w miseczkach, na ten cel przeznaczonych, ścierania pyłów itd., bardzo przytėm wesoły, a pouczającą prowadząc rozmowę. Inny znowu, zbieracz, archeolog, autor, nagradzany za swoje prace naukowe przez najwyższe instytucyje, tak w kraju jak za granicą, nie opuszczał nigdy mieszkania, istnego muzeum pod względem sztuki i zabytków, dla tego że się bał, aby mu się obłoki nie zwaliły na głowę i nieprzygniotły go swoim ciężarem. Alboż ów hypochondryk, wrażliwy na wzmiankę najpowszedniejszą o chorobie, zaraz już jėj niby dostawał, zliczyć niepodobna wiele przebył tyfusów, zapaleń płuc, otrzewny, raz nawet, odwiedziwszy sąsiada, dotkniętego zatrzymaniem moczu, sam na nie zapadł i dopiero sprowadzony lekarz, w którym pokładał zaufanie, potrafił mu wytłumaczyć, że jest w błędzie; a jednak, był to jednocześnie człowiek bardzo światły, nawet uczony, poświęcający się z zapałem badaniom historycznym. Osoba wyższego towarzystwa, majętna, uczynna, nie mogła się oprzeć popędowi kradzieży, czyniąc zakupy w sklepach, tak u nas zwanych „błatnych“, zawsze wracała z wycieczki z kawałem materyi pod mantylą ukrytėj, nie umiała sobie zdać sprawy z czynu dokonanego, pamiętała tylko, że widok przedmiotu, który się jėj podobał, obudzał natychmiastową chęć posiadania, zadość czyniła tėj chęci, korzystając z chwili stosownėj, a potėm zadowolona, już zapominała o spełnionym fakcie, dalszy proces kupna odbywał się zwykłym, dogodnym dla handlarza porządkiem; ci ostatni tak o tėm dobrze wiedzieli, że korzystali z owėj chorobliwėj przypadłości, pewni, że po jėj zadośćuczynieniu, roztargnienie i rozdrażnienie, napastujące konsumentkę, przeminie, a reszta „interesu“ odbędzie się pomyślnie. Dodamy, że pani ta miała ciotkę, dotkniętą obłąkaniem. Słowem rozmaitość tu wielka przypadłości, należących do gromady zwyrodnień umysłowych, ale też i formy chorobowe niemniėj różnoliczne. Kilka przykładów dziedziczności ubocznėj przytoczymy z kolei: 1) Ciotka uległa obłąkaniu, siostrzeniec jėj z zdrowych rodziców zrodzony, szaleństwo gwałtowne jako jego następstwo, *mania generalis*, trwająca przeszło pół wieku. Chory ukończył wyższy zakład naukowy, oddawał się badaniom historycznym i muzyce; rodzina (pokolenie zstępujące) liczy utalentowanego poetę i zręcznego dyplomatę. 2) Wuj, *paralysis progrediens*, zgon w zakładzie, wykształcenie wyższe otrzymał: siostrzenica, *hysteroepilepsia*, siostrzeniec dotknięty padaczką, pierwsza w dobie płciowego rozkwitu, drugi w trzydziestym roku życia. 3) Ciotka bezdzietna, melancholia religijna, przed rozwinięciem się niemocy studyjowała teologię, traktując ją w sposób wcale niedyletancki, synowiec uległ obłąkaniu czę-

ściowemu. 4) Stryj, zniedołężnienie umysłowe, trwające długie lata, oficer kwatermistrzowstwa w b. wojsku polskiem, uległ chorobie w 1826 r., synowiec zrodzony z rodziców zupełnie zdrowych, zdolności niepowszednich, ukończył wydział lekarski z odznaczeniem, powodzenie w życiu miał wielkie, słynął z dowcipu, układał wcale wdzięczne wierszyki, ogłaszał w gazetach artykuły, dotyczące bieżących kwestyj, małżeństwo z umiłowaną kobietą dało pożycie szczęśliwe, naraz, po zgonie dziecka zaduma, potém krótki okres podniecenia, za tem szybko rozwijające się przypadłości bezwładu postępowego prędki zgon wywołały. 5) Protoplasta zdrów zupełnie, wprawdzie w podeszłym wieku uległ udarowi mózgowemu z lekkiemi przejawami połowiczego porażenia; brat jego szaleństwo, a jako jego następstwo zniedołężnienie umysłu, umarł w kawalerskim stanie; z potomstwa protoplasty jeden syn, neurastenik, drugi szaleństwo peryjodyczne; wnukowie, jeden idyjota, drugi bardzo ograniczonych umysłowych zdolności. 6) Rodzice zdrowi zupełnie w sędziwym pomarli wieku, brat matki *dementia*, przeszło pół wieku, do zgonu trwająca. dzieci owych rodziców: córka samobójczyni, córka zdrowa, córka cierpienie umysłowe, wszystkie otrzymały wykształcenie wyższe. Synowie: najstarszy umarł w domu obłąkanych pod Paryżem (skończył akademiję wojskową), średni neurastenik, najmłodszy *amaurosis*, *paraplegia* (obydwa studyja uniwersyteckie odbyli). Zdaje się, że przykładów dość, powiększając ich liczbę, zanadto bym znużył uwagę czytelnika.

(C. d. n.)

Jubileusz Pettenkofera.

W dniu 3 grudnia r. z. obchodził świat naukowy monachijski 70cio letnią rocznicę urodzin Maksymilijana Pettenkofera, profesora i dyrektora zakładu hygienicznego w tutejszym uniwersytecie; liczne hołdy i dowody wdzięczności uczniów jego, których poważny zastęp sędziwego otoczył jubilata, był dowodem uznania półwiekowéj blisko, bogatéj w owoce działalności. Maksymilijan Pettenkofer słusznie uchodzić musi za twórcę hygieny doświadczalnéj — nauki, która przez sławnego Piotra Franka w ubiegłém stuleciu do godności nauki lekarskiéj podniesiona, ukryta pod skromną nazwą „policyi zdrowia“ wkrótce po skonie genijalnego tego lekarza-myśliciela w zapomnienie poszla. Wszechstronna a bogata w plon działalność Pettenkofera, wśród sprzyjających warunków wywalczyła wskrzeszonéj téj nauce uznanie, postawiła ją na dominującém niejako stanowisku wśród reszty gałęzi wiedzy lekarskiéj. Pracami swemi, stworzeniem szkoły, licznych dziś już posiadającéj zwolenników, potrafił on zainteresować ogół i rządy, zwrócić uwagę na praktyczną stronę doktryny, że zapobieganie powstaniu a nie samo tylko leczenie chorób winno być zadaniem lekarza. Mało zaiste gałęzi wiedzy, na których nie spotyka się nazwiska genijalnego jubilata! W chemii zaznaczył się odkryciem kreatyniny w moczu i podaniem próby na kwasy żółciowe i cukier, — w mennictwie, gdzie jako aprobowany chemik na razie znalazł był zatrudnienie, metodami oddzielania drobnych cząstek srebra i platyny — i odnalezieniem zagrzebanego w zapomnieniu niegdyś tak cenionego czerwonego szkła lanego (*purporino*); jemu zawdzięcza się metodę do destylacyi gazu świetlnego z drzewa opałowego i wynalezienie zegaru gazomierniczego, który następnie przy mierzeniu prądu powietrza praktyczne znalazł zastósowanie. Budownictwo zawdzięcza mu metodę przyrządzania wapna hydraulicznego, równającego się rodzimemu angielskiemu cementowi — malarstwo wdzięczne mu być musi za sposób odnawiania i oczyszczania obrazów zczerniałych starych, a przed niedawnym czasem doniosły pisma zagraniczne o radosnéj dla znawców nowinie, że sposobem tym udało się w galeryi berlińskiéj przywrócić dawną świetność barw Madonnie Andrea del Sarto. W fizyjologii badania jego dokonane wspólnie z Voitem nad wydzieleniem azotu z ustroju i oddechaniem oraz przemianą materyi wyrobiły mu głośne imie. Rok 1855 stanowi niejako przełom w działalności Pettenkofera: owoc 30-letniéj blisko pracy i poszukiwań nad epidemiczném rozszerzaniem się cholery i duru brzusznego, pod skromnym tytułem „*Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage*,“ opuścił był prasę a w licznych pismach i sprawozdaniach głoszone zapatrywania jego na istotę i sposób rozszerzania się chorób tych nadały kierunkowi badań epidemicznych przezeń zainaugurowanych miano szkoły lokalistów w odróżnieniu od berlińskiéj szkoły kontagionistów. Nie w samym tylko kierunku bakteryjologicznym leży zdaniem Pettenkofera rozwiązanie zagadkowych niejako dróg, jakiemi choroby te rozszerzać się zwykły: on wytworzył metodę badania epidemijologicznego, pouczył, jak należy uzyskać daty i zapiski i jakie z nich czynić wnioski. Rozwój nauki o grzybkach chorobotwórczych, jaki w bieżącym lat dziesiątku rozliczne gałęzie wiedzy lekarskiéj owładnął, spopularyzowanie wyników odnośnych badań, łatwiejsze dla pojęcia, chociaż niezawsze z faktami zgodne, zapatrywania o bezpośredniém przenoszeniu się zarazków, tendencyjne przekręcanie lub niezrozumienie wywodów ze strony przeciwnego obozu, są przyczyną, dlaczego zapatrywania Pettenkofera i jego szkoły mniéj niż na to zasługują dostały się do znajomości ogółu. Dla lokalistycznego kierunku w ocenianiu przebiegu i przenoszenia się chorób zakaźnych dla każdéj epidemii potrzeba 4 warunków: zarazka, miejscowéj, czasowéj i indywidualnéj dyspozycyi. Dla Pettenkofera zarazek cholery ściśle związany jest z podłożem tak samo, jak to ma miejsce w zimnicy, wpływy atmosferyczne są w stanie uwolnić go, a usposobienie indywidualne ustroju przyjąć i do rozwoju doprowadzić. Liczne miejscowości, które mimo srożących się w pobliżu epidemij, przez cholerę nawiedzone nie zostają, jak Lyon, Wersal, Stuttgart, Salzburg, Innsbruk etc., do których w popłochu, wybuchowi epidemii towarzyszącemu, setki osób chronić się zwykły, owe ogniska febry żółtéj nad zatoką karaibską obok nietkniętych od zarazy miejscowości na wyżynie meksykańskiéj, do któréj dotknięci chorobą chroniąc się mimo to wybuchu zarazy wywołać nie mogą, owo zniknięcie lub osłabienie się nagminnéj niegdyś malaryi w okolicy Poli lub Kampanii po przeprowadzeniu urządzeń do odwodnienia i osuszenia służących, podniesienie się zdrowotności w miastach angielskich po przeprowadzeniu kanalizacyi, a osobliwie zniknięcie nagminnego niegdyś duru brzusznego w Monachijum od czasu przeprowadzenia dokładnéj kanalizacyi. oto dowody słuszności zapatrywań szkoły lokalistycznéj.

Obóz przeciwny owe omijania poszczególnych miejscowości w pochodzie cholery wcale nie naukowo tłumaczy nieobliczonemi skokami i kaprysami cholery, posiłkując się obok przenoszenia zarazka z osoby do osoby przypuszczeniem możności przenoszenia go drogą wody studziennéj. Badania krytyczne i roztrząsania faktów przez berlińską komisyję z Indyj przywiezionych, które w swoim czasie na konferencyi *ad hoc* w Berlinie (1885) wiele wrzawy narobiły, wieloletnie badanie Cunnighama w Indyjach nad cholerą a Buhla i Pettenkofera nad durem w Monachijum, zestawione w świeżo wydaném dziele, zupełnie inne rzucają światło. Wykazanie związku między wahaniem się stanu wody gruntowéj a występowaniem chorób zakaźnych, jak cholery, duru i wąglika, na wielką skalę w Monachijum, wyżynach bawarskich i Anglii przedsięwzięte, każą się domyślać, że wahania te pośredniczą uwalnianiu się preegzystującego w ziemi zarazka na miejscu, bez zawleczenia go z Indyj lub Egiptu. Uzdrowotnienie miast przez kanalizacyję, osuszenie i zaopatrzenie w wodę źródlaną z wolnych od epidemij sprowadzoną okolic, obok podniesienia indywidualnéj odporności przez stósowne odżywienie, odzież i czystość mieszkańców, oto środki zdaniem szkoły lokalistycznéj skuteczniejsze od kosztownych a bezskutecznych kwarantan.

Badania epidemijologiczne nad cholerą i durem obok licznych prac z dziedziny hygijeny praktycznéj, jak nad sposobem oznaczania kwasu węglowego w powietrzu, nad osuszaniem mieszkań, nad urządzeniami odwietrzającemi, nad powietrzem w ziemi się znachodzącém, stworzenie zakładu hygijenicznego, który wielu podobnym za wzór służył, wyjednanie pierwszéj w Niemczech katedry hygijeny, oto zasługi jubilata.

Kto miał sposobność raz jeden zetknąć się z krzepkim, pełnym humoru i nowych poglądów, mimo sędziwego wieku

Pettenkoferem, nie może nadziwić się serdeczności w obejściu, owéj skromności, z jaką wszelkie należne sobie hołdy zwykł od siebie usuwać i owéj bezstronności w ocenianiu prac obcych. Z uczniami swymi zaiste po ojcowsku się obchodzi, nie skąpi rady i pomocy, na jaką tylko bogaty w doświadczenie umysł jego zdobyć się może, a barwnym wykładem porywa słuchaczów. Pracownia jego to istna wieża Babel — Japon i Ameryka, obok wszystkich prawie europejskich narodowości mają tu swoich reprezentantów. Dla każdego z pracowników znachodzi sędziwy profesor czas i 8 godzin dziennie im poświęca.

Wśród licznych dowodów czci i wdzięczności ze wszelkich sfer społeczeństwa, najmilszym był jubilatowi ofiarowany w dniu urodzin podarek miast Lipska i Monachijum w kwocie 15.000 marek na stypendyjum jego imienia dla pracujących w praktycznéj hygijenie, podarek w którym mimo wezwania miasta północnoniemieckie udziału nie wzięły a Berlin nawet ostentacyjnie odmówił. *Dr. Korliński.*

Listy z zachodniego kraju.

X.

Jeżeli nie ogół, jakby to należało, to przynajmniéj najstarsza w kraju naszym naukowa instytucyja, Cesarsko medyczne towarzystwo Wileńskie, święciło w dniu 29 kwietnia r. z. świetniejsze dni swéj przeszłości: 50 letnią rocznicę śmierci swego założyciela i pierwszego prezesa Jędrzeja Śniadeckiego. Uroczystość ta nie wychodząca po za ściany towarzystwa odbyła się w szczupłém jego gronie, to jest miejscowych lekarzy, przeszła niepostrzeżenie wśród ospałego i zobojętniałego w pogoni za chlebem powszednim zubożałego i moralnie upadłego społeczeństwa naszych prowincyj.

Szanowny prezes towarzystwa Dr. Majewski zagaił mową otwarcie posiedzenia nadzwyczajnego, mówiąc o znaczeniu i zasługach Śniadeckiego, którego popiersie uwieńczone laurowym wieńcem wśród kwiatów dokoła zdobiło salę, od dawna już niepamiętającą większych uroczystości i takiego ożywienia. Po prezesie zajął miejsce Dr. Sawicki, żegnając poraz ostatni może chorobę kołtunową na Litwie, któréj stara medycyna Wileńska poświęciła tyle studyjów, zgromadziwszy bogatą kolekcyję, która dziś zdobi gabinet anatomiczny kijowski. Po nim jeden z pozostałych w Wilnie byłych profesorów akademii Dr. Rejkowski dzielił się ze swemi wspomnieniami młodości z dziś żyjącém pokoleniem po łacinie, mówiąc o swym ukochanym nauczycielu. Uroczystość zakończył biblijotekarz towarzystwa Dr. Bieliński i w obszernym odczycie streścił życie i zasługi Śniadeckiego godnie, jak na to ten wielki filozof, uczony lekarz, wreszcie publicysta zasłużył. Czerpał on w początkach wiedzę w Waszéj prastaréj Wszechnicy Jagiellońskiéj, a jako mąż już dojrzały tchnął ożywczego ducha w akademiję Batorego, podniósł ją nietylko, lecz i starał się uszlachetnić i odrodzić społeczeństwo, wśród którego pracował, a okruchami z tej wspaniałéj uczty żyło duchowo społeczeństwo nasze na Litwie i Rusi wiek blisko. Zbyt już są znane ważniejsze chwile z życia wielkiego wileńskiego mistrza, z którym się ściśle łączy historyja medycyny w Polsce, aby je znowu powtarzać. Lecz treść odczytu o Śniadeckim Dra Bielińskiego jest wyciągiem bogatym w szczegóły z większéj całości a mianowicie z dzieła jego znakomitego, uwieńczonego pierwszą nagrodą na konkursie w roku przeszłym przez towarzystwo lekarskie Warszawskie i wydaném kosztem tegoż towarzystwa. Druk jego zawierać będzie do 60 arkuszy; godło pracy konkursowéj *„Nec locus ubi Troia fuit.“* Nie sposób w kilku słowach dać czytelnikom sprawozdanie z tego obszernego dzieła, na które się złożyła przeszło pół wiekowa działalność szkoły lekarskiéj Wileńskiéj a po jéj upadku jéj uczniów rozproszonych po całym prawie świecie. Obok życiorysów lekarzy znajdujemy tu dokładną biblijografiję lekarską litewską, uzupełniającą znane prace téj treści Gąsiorowskiego i Kośmińskiego.

Dzieło składa się z przedmowy i 5 części. Pierwsza z nich zawiera urzędową historyję akademii medyko chirurgicznéj, to jest ukazy odnoszące się do jéj otwarcia, ustawę, dokumenty dotyczące jéj rozwoju i nauczania, wreszcie rozkaz z motywami o jéj zamknięciu. W drugiéj części przedstawione są życiorysy zasłużonych naturalistów, lekarzy i weterynarzy, przyczém mieści się biblijografija przyrodniczo-lekarska, według przedmiotów, wykładanych w akademii, jak również i uczniów, którzy po otwarciu akademii zaznaczyli swą naukową działalność w piśmiennictwie. Część trzecia obejmuje historyję zakładów pomocniczych akademii, jak klinik, gabinetów, instytutu weterynaryjnego, ogrodu botanicznego i t. d. W czwartéj części są pomieszczone obszerniejsze bijografije niektórych znakomitości Wileńskich jak Niszkowskiego, Jędrzeja Śniadeckiego, Mikołaja Mianowskiego, Adamowicza. Za niemi następują wiadomości o życiu bardziéj znanych wychowańców szkoły Wileńskiéj, wyjąwszy farmaceutów, których autor opuścił dla braku o nich dostatecznych wiadomości. Że szkoła Wileńska lekarska żyła i szeroko swój wpływ rozciągała daleko po za krańce Litwy, niech służy za dowód, że przez czas krótkiego swego istnienia po cztery razy reorganizowana, naprzód istniejąca jako komisyja egzaminacyjna, tak zwane *Collegium medicum*, następnie jako zakład naukowy — szkoła główna Litewska, zreformowana w Uniwersytet, a w końcu w Akademiję medyko-chirurgiczną, wydała do 2000 lekarzy.

W końcu dzieła autor pomieścił historyję Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego, założonego przez Józefa Franka i Jędrzeja Śniadeckiego w r. 1805 i za ich to staraniem przez Cesarza Aleksandra I otrzymało ono tytuł cesarskiego. Zasłużone dzieje tego towarzystwa dla kraju i społeczeństwa ściśle są połączone z dziejami sławnéj litewskiéj wszechnicy i dla tego bardzo autor zrobił dobrze, że niepominął go milczeniem.

Sumienne i pracowite dzieło Dra Bielińskiego powinno niejednemu z nas lekarzy litewsko-ruskich prowincyj służyć za przykład, ile może zrobić praca pojedyńczego człowieka, jeżeli kieruje nim poczucie nie osobistych widoków, lecz bardziéj wzniosłych celów. Stworzył on nam dzieło, które będzie pomnikowém w ubogiéj u nas dotąd literaturze historyi medycyny, a odsłonięta w znacznéj części przeszłość przez autora przedstawiła nam wspaniały obraz z niedawno ubiegłéj chwili historyi cywilizacyi w kraju naszym.

Jan Iłgowski.

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 64.849 **Okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie współdziałania władz politycznych z władzami wojskowemi nad usunięciem braków sanitarnych.**

Do wszystkich pp. c. k. Starostów i pp. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa. Reskryptem z dnia 26 października 1888 l. 18.008 zarządził JE. Pan Minister spraw wewnętrznych, aby wszelkie władze polityczne w porozumieniu z władzami wojskowemi pracowały nad usunięciem braków sanitarnych mających dla obu stron większe znaczenie.

Również i wys. c. k. Ministertwo wojny wydało odpowiednie rozporządzenie do komendy korpusu I i XI.

W obec tego, że tak stan zdrowia ogółu ludności bardzo wpływa na stan zdrowia armii w kraju konsystującéj i na odwrót, nie potrzeba szeroko rozwodzić się nad tém, że powyższe zarządzenia obu władz centralnych tylko korzystny dla kraju skutek wywrzeć mogą, jeżeli Panowie w porozumieniu z miejscowemi władzami wojskowemi pracować będą nad sanacyją naszych miast i miasteczek, stosując się w tym razie ściśle do licznych tut. zarządzeń, mających sanacyję gmin na celu.

O osiągniętych na téj drodze rezultatach zechce Pan w najkrótszym czasie Namiestnictwo uwiadomić.

Lwów, 20 listopada 1888.

L. 62.620 **Okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie sprzedaży leków tajnych.**

Do wszystkich pp. c. k. Starostów i pp. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa. Reskryptem z 13 października 1888 l. 12.965 zawiadamia wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, że w Tryjeście zamieszkały agent handlowy Paweł Romera sporządził z rośliny *Poliponum aviculare*

(*Vogelknöterich*) ziółka lekarskie i puścił je w handel pod dowolnie przybraną nazwą „Homeriana“ wychwalając je w sposób szalbierczy w osobnéj broszurce.

Gdy wys. Ministerstwo przy sposobności toczącéj się rozprawy rekursowéj w tym przedmiocie dowiedziało się, że niektórzy aptekarze z różnych krajów koronnych przyjęli ten lek tajemny na skład, zawiadamia wys. Ministerstwo, że sprzedaż „Homeriana“ tak w aptekach jakotéż i w innych sklepach zabronioną jest w myśl § 1. ust. 2 rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu z dnia 17 września 1883 (Dz. pp. 152).

Wys. c. k. Ministerstwo polecając w powyższym reskrypcie ogłoszenie tego zakazu poleciło oraz z całą energiją wystąpić przeciw nieuprawnionéj sprzedaży leków także i w naszym kraju coraz bardziéj się rozszerzającéj.

W skutek tego poleca się, aby lekarze urzędowi usuwali przy sposobności wizytacyi aptek wszelkie pod tym względem dostrzeżone nadużycia, i aby baczną zwracali uwagę na ogłoszenia o wyrobach leczniczych umieszczane w publicznych dziennikach, kalendarzach i osobnych broszurkach. Aptekarzy zaś, którzy się nie wstydzą swą firmę umieszczać na szalbierczych często uwłaczających wszelkim zasadom wiedzy lekarskiéj ogłoszeniach o wyrobach leczniczych, należy, przypominając im postanowienia ustawy aptekarskiéj, zawezwać, aby swe niewłaściwe postępowanie zmienili, a w razie powtórnego zaniedbania ich obowiązków zawodowych należy przeciw nim wystąpić, nakładając kary przepisane ustawą aptekarską.

Z c. k. Namiestnictwa.

Lwów 21 listopada 1888.

* Od kilku tygodni pojawiają się we **Wiedniu** liczniejsze przypadki duru brzusznego. Ponieważ od czasu zaprowadzenia wodociągów dur brzuszny prawie nie pojawiał się we Wiedniu, więc mieszkańcy zaniepokojeni przypuszczają związek pomiędzy wystąpieniem obecnêm duru a zanieczyszczeniem wodociągów przez doprowadzanie wody ze studni w Pottschach i z rzeczki Schwarzy, które okazało się potrzebnêm z powodu niedostateczności pierwotnych źródeł górskich. Nierównie gorzéj ma się rzecz w **Budapeszcie**, gdzie wodociągi dostarczają wody przesączonéj z Dunaju; woda ta, dziwnym sposobem po filtrowaniu mniéj czysta aniżeli w Dunaju, jest bardzo żółtą i mętną. To też w stolicy węgierskiéj dur brzuszny sroży się o wiele mocniéj. Doświadczenia robione w tych stolicach powinny przecie być przestrogą dla ojców naszego miasta, aby już raz załatwili sprawę wodociągów, która od lat wielu się agituje i niestety jeszcze znajduje oponentów, pomimo, że występujące od czasu do czasu epidemije domowe powinny być aż nadto poważną przestrogą!

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 stycznia. Zanim przystąpimy do kampanii tegorocznéj, wypada pożegnać pracowników na polu nauk lekarskich i pomocniczych, którzy w roku ubiegłym opuścili nas na zawsze. Rok przeszły dla nas szczególnie był bolesnym, gdyż los zawistny zadał nam cios niepowetowany przez wczesną śmierć pierwszorzędnego uczonego, śp. Wróblewskiego, który był chlubą naszą, uznaną przez zagranicę. Dowiódł on, czego wśród ciężkich warunków dokazać można silną wolą i gorliwą pracą i długo przykładem swoim przyświecać powinien późniejszym pokoleniom naszym! Najliczniejsze względnie straty poniosła medycyna wewnętrzna, zmarli bowiem: Bamberger, Baader, Bodley, Domville, Fedeli, Fothergill, Gietl, Garnett, Haas, Langer, Laszkiewicz, Mac Ewen, Platzer, Poirier, Pramberger, Pilch, Rühle, Skoda, Spott, Tommasi, Wagner. Po medycynie idzie chirurgija: Adelman, Mazzarini, Monastyrski, Roser, Rudanowskij, Schildbach, Vanzetti, i okulistyka: Agnew, Fabricius, Fatnières, Fieuzal, Haiberg, v. d. Laan, Loring, Samelson. Psychijatryja straciła: Fovilla, Hagena, Smolera i Tukego; medycyna sądowa: Dlauhego, Haeckermanna, Sonnenkalba; z położników ubyli: Farre i Torres, z dermatologów: Wertheim, z pedyjatrów Bohn, Löschner, Politzer i Torday, z anatomów Lenhossek, z fizyjologów Zagórski, z higijenistów Chaumont, z bakteryjologów de Bary, z fizyków Clausius i Edlund, z chemików Czyrniański i Ossikovsky, z patologów Kilcher, Langerhans, Maier, Salvioli, z farmakologów Balogh, Palmer. Z lekarzy rodaków umarli: Bierkowski, Bugajski, Dąbrowski, Garbiński, Grekowicz, Geistlener, Jakubowicz, Karczewski, Longchamps, Latner, Marcinowski, Mroczkowski, Perlmutter, Pietrzekiewicz, Riedmüller, Strawiński, bracia Świerzowie, Studziński, Seeman, Waryński, Warschauer, Żminkowski. Cześć ich pamięci!

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z czynności tak Towarzystwa, jakotéż poszczególnych komisyj.

* W ciągu roku upłynionego ofiarowali na fundusz *Przeglądu Lekarskiego* proff. Madurowicz i Pieniążek, każdy po 100 złr. w. a.

* Ponieważ rozprawa Dra Rollego niemogła być ukończoną w r. 1888, więc komisyja redakcyjna uchwaliła, że nowo wstępujący prenumeratorowie na żądanie swe otrzymają bezpłatnie te numery rocznika przeszłego, w których rzeczona rozprawa się mieści.

* Docent hydroterapii Dr. Smoleński, dotychczas w Jaworzu, przenosi się z wiosną do Szczawnicy jako kierownik zakładu wodoleczniczego na Miodziusiu. Dr. Kołączkowski wziął w dzierżawę cały Miodziuś, wielkim nakładem wyrestaurował łazienki mineralne i mieszkania, oraz urządził wspaniały zakład hydroterapeutyczny.

* Wydawnictwo dzieł lek. polskich w Krakowie uchwaliło przystąpić do nakładu 2go wydania hydroterapii Dra Smoleńskiego.

(J. T.) Rosyja. Prof. Razcwietow ofiarował uniwersytetowi w Moskwie sumę 20,000 rs. na 2 nagrody, jednę dla wydziału lek. a drugą na inne wydziały po kolei.

Dr. Lewoniewski, b. lekarz korpusu w Kijowie, mianowany został wojenno-lek. inspektorem Syberyi zachodniéj w Omsku. Dotąd żaden Polak nie dostępował tak wysokiego urzędu w hierarchii wojskowo-lekarskiéj.

Zjazd 3ci lekarzy rosyjskich im. Pirogowa ma się odbyć w Petersburgu między 2 — 10 stycznia b. r.

* **Nekrologija.** W Łękawie gub. piotrowskiéj umarł w 56 roku życia Dr. Wincenty Brodowski, brat profesora Włodz. Brodowskiego, autor licznych rozpraw, umieszczonych w pismach lekarskich warszawskich.

* Na fundusz wdów i sierót po lekarzach przysłał Dr. Goldhaber w Norymbergu 1 złr. a., a Dr. X. z Krakowa 2 złr. a.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 51: Szumlańskiego: Kreolina w cierpieniach gardzieli, krtani i uszów. — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 12: Krówczyńskiego: Kąpiele parowe. — W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* z. 4: Kosińskiego: O różnicy w barwieniu się chromatyny jąder w stanie spokoju i karyjokinezy w rakach itd.; Biernackiego: Wpływ na krew i wydziel. moczu roztw. solnych; Zawadzkiego: Wpływ wstrzyk. podskórn. soli kuchennéj na krew i mocz; Sergiejewski: Działanie adonidyny na ustrój człow. i zwierząt; Bielińskiego: Akad. w Wilnie (c. d.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Orłowskiego: Niezwykła ilość kamieni w pęch. moczowym; Zawadzkiego: Działanie siarczanu na krew i mocz (dok.); Przedborskiego: Przyczynek do nauki o powstaw. i lecz. wypadn. bł. śluz. zatoki Morgagniego (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 9 bm. o godz. 6éj wieczór **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie nadzwyczajne jako dalszy ciąg posiedzenia administracyjnego.

Ekspedycyja miejscowa „Przeglądu Lekarskiego“ pozostaje nadal w księgarni p. S. Krzyżanowskiego. Abonenci miejscowi na życzenie swoje, objawione w księgarni, otrzymywać mogą numery przysyłane do pomieszkania regularnie co sobota bez dalszéj dopłaty.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 12 Stycznia 1889. Nr. 2

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do patologii układu mięśniowego.

(*Polymyositis acuta progressiva infectiosa*).

Podał
Dr. W. Antoni Gluziński
Docent chorób wewn. Uniwersytetu Jagiel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Czekaliśmy sposobności rozwikłania zagadki i takową znaleźliśmy z chwilą ogłoszenia artykułu Unverrichta (*Zeit. f. klin. Med.* tom XII, str. 533) pod tytułem „*Polymyositis acuta progressiva*“. Podstawą tego ogłoszenia i nazwy był przypadek zdaniem mojem zupełnie analogiczny do naszego przypadku. Unverricht tak go opisuje:

E. F. l. 24 liczący, kamieniarz, zawsze zdrów. Przeziębieniu nie uległ, przypadłości żołądkowych nie miał wśród obecnéj choroby. Przez kilka dni doznawał bólów w nogach i rękach, które mu jednak pozwalały daléj pracować, wkrótce jednak tak się wzmogły, że musiał się do łóżka położyć. W 14 dni po rozpoczęciu choroby wstąpił do szpitala i przedstawiał stan następujący:

Budowy i odżywienia dobrego, przyrządy wewnętrzne bez zboczeń. Główne dolegliwości pochodzą z bólów we wszystkich odnogach i krzyżu, które przy ruchach się wzmagają, w skutek czego te ostatnie są utrudnione. Uczucia trętwienia, mrowienia nie doznaje. Apetyt dobry. Stan bezgorączkowy. W 8 dni po przyjęciu do szpitala występują lekkie obrzęki odnóg i twarzy. Powieki obrzękłe, a na nich i na czole pokazała się wysypka podobna do pokrzywki. Od téj chwili chory ciągle się pocił. Mocz skąpy, wysycony, bez białka. Obrzęki na odnogach coraz bardziéj się powiększały. Ucisk na obrzękłą skórę i mięśnie bardzo bolesny. Stawy zupełnie wolne. W dalszym przebiegu i klatka piersiowa stała się przy dotyku bolesną a wkrótce i tu taj obrzęk wystąpił. Ciepłota rano zwykle prawidłowa, wieczorem do 38·5°C dochodząca. W miesiąc po rozpoczęciu choroby wystąpiły bóle przy połykaniu, a przyczyna ich leżała w zajęciu mięśni krtani, również sprawa posunęła się na oba mm. mostkosutkowe a obrzęk wystąpił i na szyi. Na drugi dzień chory tylko wśród największych bólów mógł pokarmy płynne połykać. Wkrótce pojawiło się utrudnione oddechanie w skutek bolesności mięśni klatki piersiowéj. Tor oddechowy zamienił się na czysto przeponowy, chory zaczął się zachłystywać, w skutek czego rozwinęło się ogniskowe zapalenie płuc, sinica silna wystąpiła na twarzy i wśród objawów duszności przy ciepłocie 40·8°C chory życie zakończył.

Podejrzywając włośnicę bez stanowczego rozpoznania przystąpiono do sekcyi. W wewnętrznych organach z wyjątkiem zmian zapalnych w płucu i opłucnéj, które pod koniec życia wystąpiły, innych zboczeń nie znaleziono, jedynie śledzionę znacznie powiększoną. Natomiast układ mięśniowy przedstawiał znaczną zmianę, a odpowiedni ustęp w protokole sekcyjnym tak opiewa:

„Gdy w przeważnéj części mięśni barwa jest ciemnoczerwono-brunatną, druga część na przekroju przedstawia pstre zabarwienie. Najczęściéj idą na przemian jasne, lekko przeświecające, szarawe paski z ciemno-czerwonemi plamami, które przedstawiają się jako wybroczyny w mięśniu. Te ostatnie są albo gęsto poustawiane albo więcéj porozrzucane. W pierwszym razie barwa mięśnia jest więcéj rozlano-czerwoną, gdy w drugim przeważają miejsca żółtawo-szare a mięsień przybiera barwę więcéj bladą. Wszystkie w ten sposób zmienione mięśnie są obrzękłe, kruche i bez połysku. Najwybitniejszą jest tu zmiana na wyprostaczach odnóg i na pewnéj części mięśni tułowia, gdy zginacze odnóg prawie niezmienione; również przepona i mięśnie oka bez zboczeń... Tkanka podskórna w wyżéj wymienionych miejscach cieczą wodnistą, żółtawą przesiąkła, to samo tkanka międzymięśniowa, gdy w jamach wewnętrznych ciała niema wcale cieczy.“ Pod mikroskopem włośni niegdzie nie znaleziono, natomiast wybitne zmiany w mięśniach a mianowicie: W tkance międzymięśniowéj obfita ilość komórek okrągłych, naczynia krwią wypełnione, tuż obok naczyń mniejsze lub większe wybroczyny. Tkanka mięśniowa przedstawia rozmaite okresy zwyrodnienia. Gdy w pewném miejscu na włóknach mięśniowych prążkowanie zupełnie prawidłowe, tuż obok widać znaczne zmiany w postaci zupełnego zaniku prążkowania, ziarnistego lub woskowego zwyrodnienia. W innych miejscach był tłuszczowy rozpad. W rdzeniu pacierzowym i nerwach obwodowych zboczeń nie znaleziono. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Myositis acuta praecipue musculorum extensorum extremitatum*, *anasarca et oedema intermusculare*, *hyperplasia lienis et pneumonia lobularis confluens duplex*.

Równocześnie i niezależnie od co dopiero opisanego przypadku pokazały się jeszcze dwa ogłoszenia, które naszą

uwagę zająć muszą, dając nam podstawę do dalszego rozumowania. W *Deut. Archiv. f. klin. Med.* t. XI. r. 1887 ogłasza Wagner z Lipska *„Ein Fall von acuter Polymyositis“* a Hepp z kliniki Kussmaula artykuł p. t. *„Über Pseudotrichinose, eine besondere Form von acuter parenchymatöser Polymyositis.“*

Wagnera przypadek w krótkości był następujący:

34 letnia kucharka, od roku cierpiąca na gruźlicę płuc, z końcem miesiąca czerwca doznała bez znanéj przyczyny bólów w krzyżach i plecach, następnie w karku, stawach rąk i nogach. Przyjęta do kliniki w Lipsku d. 19 lipca, z wyjątkiem nacieku szczytu lewego płuca nie przedstawiała zmian w wewnętrznych organach. Mięśnie szyi i karku przy ucisku bolesne, a przez to utrudniony ruch głową, również lekka sztywność w stawach barkowych, same stawy jednak nie bolesne. Obustronnie mały obrzęk na grzbiecie rąk i przedramionach również i na podudziach. Nerwy przy nacisku nie bolesne. W tydzień po przyjęciu obrzękły i ramiona, a w pierwotnie zajętych miejscach obrzęk się powiększył tak, że nie można było zarysów pojedynczych mięśni ani widzieć, ani wymacać. Ruchy w skutek tego znacznie upośledzone. Ciepłoty wieczorne dochodzą do 38.4°C. Sprawa zaczęła się polepszać. W przeciągu miesiąca obrzęki i bóle prawie zupełnie ustąpiły, w samym jednak już końcu wystąpił znów silny ból w udzie prawém. W krótce potém pojawiły się napady kaszlu i zadyszania, które coraz bardziéj wzrastały bez możności wykazania zmian większych w płucach. Z końcem sierpnia wystąpiły trudności w połykaniu i zachłystywanie się, a podczas napadu duszności chora zakończyła życie w d. 29 sierpnia.

Sekcyja z wyjątkiem nieznacznego nacieku gruźliczego szczytu lewego płuca nie wykazała zmian w wewnętrznych organach. Natomiast rozległe zboczenia w układzie mięśniowym, które tak makroskopowo jak i mikroskopowo przedstawiały się podobnie, jak w przypadku Unverrichta z tym dodatkiem, że i mięśnie przełyku, międzyżebrowe i przepona również były zajęte a ztąd zachłystywanie się i napady duszności, z których jednemu chora uległa. Badanie najdokładniejsze mózgu, rdzenia pacierzowego, nerwów obwodowych nie wykazało żadnych zmian. Włóśni nigdzie nie znaleziono.

Nie mniéj ciekawym dla nas był przypadek Heppa.

Odnosił się również do kobiety 36 lat liczącéj, zawsze zdrowéj.

W początkach marca r. 1886 czuła się słabą, miała ból gardła i jakąś wysypkę na twarzy i plecach, która po 8 dniach ustąpiła. Wkrótce wystąpiły bóle w krzyżach, plecach, karku, późniéj w odnogach, co ruchy choréj utrudniało. Z końcem marca wystąpił równocześnie obrzęk na twarzy, odnodze górnéj prawéj a wkrótce i lewéj. Obrzęki te wzmagały się z wyjątkiem twarzy aż do dnia przyjęcia choréj do kliniki. W spokoju bóle się zmniejszały, przy najmniejszym ucisku lub ruchu występowały jednak. Do objawów tych przystąpiła sztywność w odnogach w skutek napięcia mięśni, co ograniczyło znacznie ruchy. Czy był stan gorączkowy, chora nie umie podać. Przyjęta w maju do kliniki przedstawiała stan następujący: Twarz obrzękła, również odnogi i to w ten sposób, że ręce i stopy są wolne od obrzęku; okolica mięśnia piersiowego wielkiego również zajęta. Obrzęk ten twardy w dotknięciu. Stawy zupełnie wolne. Ruchy ograniczone, bo mięśnie napinają się silnie i występuje bolesność, palcami natomiast może chora dobrze poruszać. Mięśnie na szyi są osłabione tak, że głowa choréj opada ku tyłowi. W wewnętrznych organach zmian niema. Stan lekko gorączkowy 37·2°C rano, 38·4°C wieczorem. W dalszym przebiegu sprawa się pogarszała. Z końcem maja mowa nosowa, powracanie płynu przez nos, zachłystywanie się, potém niemożność zupełna połykania. W napadzie duszności chora z końcem maja życie zakończyła.

I znów sekcyja zboczeń w wewnętrznych organach nie wykazała, a natomiast rozległe zwyrodnienie mięśni, opisane wyżéj, które zajęło nawet mięśnie krtani i przełyku, bez najmniejszych zboczeń w rdzeniu pacierzowym i nerwach obwodowych, a trychin również nie znaleziono mimo skrzętnego poszukiwania.

Jeżeli porównamy te trzy przypadki z naszym, widzimy zupełną analogiję. We wszystkich bez znanych powodów występują bóle w rozmaitych grupach mięśniowych, które się wzmagają, przychodzi do obrzęków twardych, zapalnych, w towarzystwie stanu gorączkowego. Sprawa ma dążność do ciągłego postępowania naprzód, zajmując coraz dalsze grupy mięśniowe, aż przychodzi do zajęcia dla życia niezbędnych, których zniesienie funkcyi sprowadza śmierć chorego.

W naszym przypadku wprawdzie już zaczęły występować trudności w połykaniu i oddechaniu, szczęściem jednak dla chorego sprawa zaczęła się cofać i ustępować powoli. Unverricht kończy rozbiór swego przypadku następującém zdaniem:

„Ob aber in allen Fällen der Verlauf ein progressiver ist, oder ob nicht gerade leichtere Formen derselben Krankheit, die vielleicht bislang unter anderer Flagge gesegelt sind, viel häufiger vorkommen, das zu entscheiden ist nach der Beobachtung eines einzelnen Falles natürlich unmöglich.“ Zdanie to okazało się słuszném, bo nasz przypadek, tak klasycznie podobny, wykazuje, że sprawa może się zatrzymać i cofać.

W klasyfikacyi co dopiero opisanego cierpienia przedewszystkiem podnieść musimy, że cierpienie to układu mięśniowego nie stoi w żadnym związku z całą grupą zmian mięśni wywołanych zboczeniami układu nerwowego, takowych bowiem nie wykazano przy sekcyi ani za życia nie stwierdzono. Musimy je uważać za cierpienie czysto myopatyczne. Wagner przypuszcza, że jestto zanik mięśniowy postępowy (*atrophia musculorum progressiva*) Friedreicha z bardzo ostrym przebiegiem, że byłoby przyszło i tu do zaników, gdyby jego pacyentka dłużéj żyła. Zdaniem mojém jestto niesłusznėm, bo pomijając, że najkrótszy znany przebieg w przypadkach Friedreicha wynosił 6 miesięcy, że w żadnym z opisanych przypadków (samego Wagnera, Unverrichta, Heppa) nie spostrzegano zaników, to nasz przypadek, który się śmiercią nie zakończył, najlepiéj dowodzi, że sprawa ta nie stoi w związku z zanikiem mięśni postępowym, gdyż cierpienie naszego chorego skończyło się pomyślnie, nie zostawiając najmniejszych śladów zaniku.

Nazwa podana przez Heppa „Pseudotrichinose“, jakkolwiek maluje dobrze sam obraz chorobowy, który zmusił we wszystkich opisanych przypadkach do szukania skrzętnego za włośniami, to jednak prócz nazwy i obrazu choroby pojęcia o istocie rzeczy nie daje. *„Polymyositis acuta,“* nazwa nadana przez Unverrichta, po części używana przez Wagnera i Heppa, już nam lepiéj rzecz przedstawia. Dodatek Unverrichta *„progressiva“* usprawiedliwiony, ale tylko w tém pojęciu, że sprawa rozszerza się stopniowo na coraz większy obszar mięśni, ale nie koniecznie musi doprowadzić do zejścia śmiertelnego, owszem może stanąć i cofnąć się zupełnie, jak tego dowodzi nasz przypadek.

Przyjąwszy nazwę Unverrichta *„Polymyositis acuta, progressiva“* jako słuszną, zastanowić się nam jeszcze należy nad działem, do którego naszą chorobę zaliczyć należy, t. j. głównie nad jego podstawą etyjologiczną. Zdaniem naszém podobnie jak to Unverricht przypuszcza, przyroda wspomnianego cierpienia jest zakaźną.

Szczególniéj zwrócić tu muszę uwagę na jeden szczegół ważny dla naszego przypuszczenia, który uszedł po części uwagi innych autorów, a wynikający z zestawienia wszystkich przypadków razem. Jestto stwierdzenie ostrego obrzęku śledziony we wszystkich przypadkach.

W protokóle sekcyjnym Unverrichta czytamy „*Die Milz ziemlich betrachtlich geschwollen, 12 ctm. lang. 9 ctm. breit, 5 ctm. dick. Pulpa sehr blutreich, ziemlich weich, dunkelbraunroth etc.*;“ u Wagnera: „*Milz mittelgross, Pulpa blutreich*;“ u Heppa: „*Milz gross, ziemlich derb etc.*;“ a w naszym przypadku była ona również powiększoną.

W przypadku Heppa sprawa zaczęła się od anginy i w naszym przypadku chory często na takową cierpiał i w chwili przyjęcia migdałki były obrzękłe i podniebienie miękkie zaczerwienione. Pytanie zachodzi, czy nie tu brama dla infekcyi, uwzględniając zwłaszcza artykuł Scriby [1]) p. t. *Beitrag zur Aetiologie der Myositis acuta*, w którym podaje, jak z małych ognisk na skórze i bł. śluzowych może wyniknąć sprawa zapalna w mięśniach, dochodząca nawet do ropienia, np.

17 letni kupiec cierpiał na bóle zębów, które ustały po 4 dniach, gdy otworzył się mały ropień koło zęba. W dwa dni potem wśród dreszczów i gorączki powstało obrzmienie i bolesność w prawéj łydce, a potem na lewém udzie i lewém ramieniu. Te ostatnie po kilku dniach ustąpiły, a pozostało tylko obrzmienie na łydce, gdzie stwierdzono obrzęk kształtu *m. soleus*, tylko znacznie większy i bardzo bolesny. Stan ciągle gorączkowy. Po nacięciu wylała się znaczna ilość ropy i palcem można było się przekonać, że cały *m. soleus* był zniszczony.

Na podstawie tego rozumowania do nazwy Unverrichta dodalibyśmy „*infectiosa*“, tak, że rozpoznanie naszego przypadku brzmiałoby „*Polymyositis acuta progressiva infectiosa.*“

W ten tylko sposób pojąć możemy nasz przypadek stwarzając nowe pojęcie chorobowe, a rzeczą dalszych badań będzie znaleść dla tego cierpienia, zdaje się rzadkiego, podstawę bakteryjologiczną, lub zapatrywanie moje obalić.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIII i XIV.

Przyczynek do kazuistyki samobójstwa.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Sąd mając pewne wątpliwości, przesłał akta śledztwa Wydziałowi lekarskiemu z następującą odezwą:

Dnia 6 czerwca zmarła śmiercią gwałtowną Rozalija M. Oględziny sądowolekarskie zwłok wykazały między innemi obrażeniami cielesnemi także ranę na czole znacznéj wielkości, niemniéj też ranę poprzeczną na szyi. Wedle orzeczenia lekarskiego śmierć denaty była następstwem uszkodzenia czoła przez osobę trzecią. Obwiniony o zbrodnię morderstwa Mikołaj M. zaprzecza stanowczo dokonania zarzuconego czynu, a więcéj świadków zeznało w toku śledztwa, że denata cierpiała jakąś wewnętrzną słabość i nosiła się od dłuższego czasu z zamiarem samobójstwa. Ze względu na to zeznanie świadków, stwierdzone okolicznościami, należy przypuścić, iż także stan umysłowy denaty nie musiał być normalny. Zachodzą tedy podstawy, na których możnaby oprzeć twierdzenie, że Rozalija M. mogła dokonać samobójstwa i że w przystępie szału mogła zadać sobie znaczne uszkodzenie. W obec ważności przypadku, tudzież zachodzących trudności w ocenieniu takowego ze względu na orzeczenie znawców i wynik śledztwa, uprasza się Wydział o wydanie orzeczenia, czy śmiertelne uszkodzenie Rozalii M. w uwzględnieniu użytych narzędzi uzasadnia to stanowcze przekonanie, iż rana śmiertelna na czole została jéj zadaną przez kogo obcego i czy tém samem wykluczonem jest samobójstwo denaty?

[1]) *Deut. Zeit. f. Chir.* t. 22, st. 498.

Na odezwę tę Wydział lekarski po dłuższéj i wyczerpującéj dyskusyi uchwalił odpowiedzieć co następuje:

I. Przyczyną śmierci Rozalii M. było zmiażdżenie i porażenie mózgu, pozostające w ścisłym związku przyczynowym ze zgruchotaniem kości czołowéj i ranami w powłokach czaszkowych, wywołanemi w sposób gwałtowny za pomocą narzędzia ciężkiego i ostrawego, a narzędziem tém mogła być siekiera, obok denaty znaleziona, a w całości mocno krwią zbroczona.

II. Obrażenie takie głowy za pomocą siekiery w zasadzie przemawia wprawdzie za działaniem ręki obcéj, jeżeli obok niego nie ma innych obrażeń, których powstanie w inny sposób tłumaczyć wypada.

III. Uwzględniając przypadek dany dochodzi się atoli do innego wniosku. U Rozalii M. znaleziono bowiem obok śmiertelnego obrażenia głowy dwojakiego rodzaju jeszcze obrażenia, które aczkolwiek nie stały się przyczyną śmierci, jednak do wyjaśnienia zajścia nadzwyczaj się przyczyniają.

IV. Przedewszystkiém sprawdzono na klatce piersiowéj nieco powyżéj brodawki sutkowéj lewéj ośm ran powierzchownych, prostolinijnych, poprzecznie i równolegle do siebie przebiegających. Rany te wszystkie razem wzięte stanowią lekkie uszkodzenie cielesne i zadane zostały narzędziem ostrawém, a zapewne i śpiczastém. Tém narzędziem mógł być sierp, znaleziony również obok denaty, i również w całości krwią zbroczony, a najprawdopodobniéj działało tu zakończenie jego dzióbiaste. Już sama okolica sercowa, tak przystępna dla prawéj ręki własnéj, a bardziéj jeszcze większa ilość ran powierzchownych, równolegle przebiegających, przemawiają za tém z największém prawdopodobieństwem, że rany te zadała sobie sama Rozalija M., oczywiście w zamiarze samobójczym.

V. Następnie sprawdzono ranę rznięta na szyi całkiem poprzeczną, zadaną najprawdopodobniéj sierpem. Samobójstwa usiłowane lub dokonane przez poderznięcie gardła zdarzają się bardzo często, a i pp. obducenci przypuszczają także możność przynajmniéj, że ranę tę mogła sobie Rozalija M. zadać sama przed uszkodzeniem głowy. Gdyby nie byli spuścili całkiem z uwagi owych 8miu płytkich ran w okolicy sercowéj, najprawdopodobniéj ręką własną wywołanych, byliby zapewne tém śmieléj przypuścili i powstanie rany szyjnéj z ręki własnéj.

VI. Wynika ztąd, że Rozalija M. najprawdopodobniéj usiłowała odebrać sobie życie zrazu przez rany zadane sobie w okolicę sercową, a następnie, gdy te pozostały bez skutku, przez poderznięcie sobie gardła. W obec więc tego, że wszelkie prawdopodobieństwo za tém przemawia, iż Rozalija M. usiłowała sobie odebrać życie, wypada koniecznie wziąść pod rozwagę pytanie, czy nie była w stanie zadać sobie i obrażeń czoła ręką własną, a więc samobójstwa zamierzonego rzeczywiście dokonać.

VII. Otóż znane są w literaturze przypadki samobójstwa dokonanego za pomocą siekiery przez cięcie, zadane własną ręką nietylko w czoło, co względnie najłatwiéj daje się uskutecznić, ale nawet w skroń i tyłogłowie. Okoliczność, że na czole było więcéj niż jedno obrażenie, nietylko nie dowodzi działania ręki obcéj, ale przemawia bardziéj za samobójstwem, o ile rany wszystkie skupione były w jednéj okolicy, łatwo dla ręki własnéj przystępnéj, i przebiegały wszystkie równolegle do siebie, co przemawia za działaniem ręki szybkiém w jednym i tym samym kierunku, a więc

w podobny sposób, jak działanie odbywało się w okolicy sercowéj

VIII. O wiele mniéj możnaby uzasadnić przypuszczenie, że Rozalija M. ugodzoną została kilkakrotnie i śmiertelnie w czoło przez osobę drugą, która następnie celem upozorowania samobójstwa rzuciwszy siekierę i wziąwszy sierp zadała Rozalii M. ranę szyjną, a następnie całkiem powierzchowne rany w okolicy sercowéj. Trudno bowiem przypuścić, aby morderca miał tyle przytomności, iżby, schyliwszy się do swojéj ofiary, ogłuszonéj po obrażeniu głowy, miał jéj zadać innném narzędziem ranę poprzeczną na szyi i ośm płytkich, a co ważniejsza, równoległych ran w okolicy, tak ulubianéj przez samobójców.

IX. Prawdą jest, że samobjstwa przez obrażenia głowy siekierą są bardzo rzadkie i zdarzają się chyba wtedy, jeżeli człowiek albo pozbawiony jest możności odebrania sobie życia w sposób inny (jak np. w więzieniu), lub gdy władze umysłowe jego, choć przemijająco, są zamącone. Czy denata cierpiała jakiś obłęd, o têm sekcyja nie pouczyła; jednak świadkowie wszyscy prawie wspominają o zamiarach jéj samobójczych, uzasadnionych jakiémś ciężkiém schorzeniem; a jakkolwiek sekcyja schorzenia takiego nie wykryła, to wykazała jednak przewłoczny nieżyt żołądka, a wiadomo, jak cierpienie to oddziaływa na umysł, wywołując usposobienie hipochondryczne.

X. Uwzględniając wszystkie te okoliczności Wydział lekarski dochodzi do wniosku, że samobójstwa w danym przypadku wykluczyć nie można.

Już po załatwieniu sprawy przez Wydział lekarski nastręczyła mi się sposobność otrzymania ciekawych wywiadów o Rozalii M. Kolega młodszy, w owych okolicach praktykujący, z którym zeszedłem się w Krakowie, oświadczył mi, że jak skoro tylko dowiedział się był o gwałtownéj śmierci Rozalii M. wyraził swoje przekonanie, że ona dopuściła się czynu w nieprawidłowym stanie umysłowym. Leczył on bowiem Rozaliję M. przez czas jakiś: przychodziła ona do niego 4 czy 5 razy do domu, każdym razem w towarzystwie męża Mikołaja. Pierwszym razem użalała się na dolegliwości żołądkowe; środki zalecane nie osiągnęły skutku, gdyż gdy Rozalija przyszła po raz drugi, była nadzwyczaj rozdrażnioną, drżała ona na całém ciele, tak że mąż zaledwie mógł ją utrzymać na nogach. Kolega ów, na którym zrobiła wrażenie osoby bardzo nerwowéj, zaordynował jéj raz po razie *Natr. bromatum* i przypuszczał, że chora popadnie w chorobę umysłową.

Orzeczenie powyższe dla celów sądowych było całkiem dostateczne, o ile żaden Sąd nie mógłby uznać człowieka winnym morderstwa, jeżeli istota przedmiotowa czynu nietylko nie jest sprawdzoną, ale nadto możność samobójstwa nie została wykluczoną. Stylizacyja zaś taka, czyniąca zadość wymogom sprawiedliwości, jest jednak wskazaną ze względów ostrożności, bo można mieć przekonanie moralne, że w danym razie ma się do czynienia z samobójstwem, ze stanowiska zaś naukowego niepodobna z bezwzględną pewnością wykluczyć możności działania lub przyczynienia się przynajmniéj ręki obcéj; tak np. możnaby przypuścić — co wprawdzie jest arcynieprawdopodobném, — że człowiek, zamierzający odebrać sobie życie, zadaje sobie narzędziem ostrém rany w okolicę sercową i w szyję, że skutkiem utraty krwi mdleje, a osoba druga, właśnie nadchodząca, zadaje mu siekierą rany śmiertelne w czoło. W danym przypadku dziwić się wcale nie można pp. obducentom, że uwzględniając wyłącznie albo przynajmniéj przeważnie śmiertelne obrażenie czoła, przypuścili morderstwo a wykluczyli samobójstwo. Inaczéj się ma rzecz, jeżeli się uwzględni wszystkie trzy szeregi obrażeń, a głównie owe najmniéj znaczące obrażenie okolicy sercowéj, bo wtedy z koniecznością nasuwa się myśl o działaniu ręki własnéj, przynajmniéj na okolicę sercową. Ponieważ i poderznięcie gardła mogło być, i najczęściéj bywa, zdziałane ręką własną, więc pozostaje tylko — co prawda najważniejszy — trzeci szereg obrażeń śmiertelnych czoła. Obrażenia tego rodzaju w zasadzie, jak to wypowiedziano w orzeczeniu wydziałowém, przemawiają wprawdzie za działaniem ręki cudzéj, ale tylko wtedy, kiedy niema wskazówek odnoszących się do samobójstwa, czyli jeżeli obok nich nie ma innych obrażeń, które niekoniecznie ręką cudzą musiały być zdziałane, lub jeżeli istnieje mnogość obrażeń, ograniczonych do małego obszaru. „Przypadki tego rodzaju“ — pisze Hofmann (*Lehrbuch* wyd. 4te, str. 423)“ „gdyby nie zostały rozjaśnione przez okoliczności — mogłyby stać się powodem największych błędów“. Na szczęście dla tych, którzy posądzeni zostają w takich razach o morderstwo, wskazówki podobne, a względnie większą ilość ran znajdujemy zazwyczaj u samobójców téj kategoryi. Literaturę odnośną zestawił Frank (*Selbstmord durch Hiebe gegen den Kopf*, *W. med. Wochensch.*, 1885, Nr. 15—17), a mianowicie zebrał on 20 przypadków samobójstwa przez cięcia zadane w głowę; z tych 20 przypadków w 14 wykazano co następuje: 1) 5 ran na głowie, 2) 3 rany na głowie, 3) rana na czole, na wardze dolnéj, krtani, jądro jedno wycięte, 4) naprzód rana kłóta w wątrobie, a potém cięcia jużto obuchem, jużtéżto ostrzem siekiery w czoło i ciemię (przyp. Hofmanna), 5) rana rznięta na licu, na ciemieniu 9 ran tuż obok siebie, 6) rany rznięte powierzchowne na szyi i ramionach, wbicie dwóch gwoździ do kości czołowéj, 7) zadanie ostrzem siekiery kilku uderzeń w czoło, jedna rana przeszywająca kość i kilka śladów cięć słabszych, 8) siedmnaście cięć w czoło i sklepienie czaszki, z tych kilka przeszywających kość (przyp. Schauensteina), 9) rana kłóta w brzuch nożem, kilka cięć siekierą w głowę, a wreszcie powierzchowne cięcia w zagubach łokciowych, (przyp. Maschki), 10) rany rznięte nożem w powłokach czaszkowych, cięcie ostrzem siekiery w głowę, powieszenie się na drabinie i uderzenie się w głowę obuchem siekiery, poczém dopiero nastąpiła śmierć, (przyp. Riembaulta), przy sekcyi znnleziono ranę przeszywającą kość 15cm. długą, a w otoczeniu 9 cięć równoległych, 11) kilkadziesiąt cięć na głowie, a potém utopienie się (przyp. Kupfera), 12) więcéj niż 30 cięć równoległych na czole, samopowieszenie (przyp. Krügelsteina), 13) prześwidrowanie czaszki nad uchem prawém, $4^3/_4$ cala w głąb, przebicie ciemienia gwoździem, ponowne wprowadzenie drutu w otwór pierwszy przez obie półkule mózgowe aż do przeciwległéj ściany czaszki, porażenie połowicze, wyzdrowienie po 14 dniach; w kilka miesięcy potém śmierć skutkiem otrucia morfinowego; przy sekcyi znaleziono w mózgowiu 2 kawałki drutu, 2 i $2^1/_2$ cala długiego, igłę nawleczoną i długi gwóźdź (przyp, Capentera), 14) szesnaście cięć w głowę, powieszenie się (przyp. Haumedera). Z tych 14 przypadków sprawdzono u 6 samobójców nieprawidłowy stan umysłowy. Przypadki te są bardzo pouczającey; wnika bowiem z nich: 1) że człowiek może sam sobie zadać cięcia w głowę i to w wielkiéj ilości, 2) że rany tym sposobem zadane częstokroć są skupione na małym obszarze i przebiegają do siebie równolegle, 3) że samobójcy zadają sobie obrażenia w głowę młotem,

siekierą, gwoździem, drutem itd., 4) że posługując się siekierą kierują przeciw sobie naprzemian obuch i ostrze téjże, 5) że przed obrażeniem głowy lub też po obrażeniu zadają sobie i obrażenia w inną okolicę ciała i innêm narzędziem, 6) że czasem nie poprzestają na ciężkiém, wielorakiém obrażeniu głowy, lecz dla prędszego i pewniejszego dopięcia celu uciekają się do innych sposobów samobójstwa, jak do powieszenia, utopienia, otrucia się, 7) jak wielką jest odporność mózgu w obec ciężkich uszkodzeń dowodzi przypadek 13ty oraz 10ty, w którym obłąkany po zadaniu sobie ran rzniętych nożem i ciętych siekierą w głowę, szukał sobie powrozu i drabiny, powrócił z temi przedmiotami do stodoły, wlazł na drabinę, zarzucił powróz na belkę, założył go sobie na szyję, uderzył się obuchem siekiery w głowę, a ogluszony ześliznął się z drabiny i zawisł. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Prior w Bonnie: **Spartein pod względem klinicznym.**

1) Wpływ sparteinu na zwiększenie ilości moczu, wydzielanego z ustroju zdrowego, nie daje się w pewnych warunkach zaprzeczyć, ale nie można wykazać wybitnéj zmiany w układzie krążenia.

2) Czy działa on, jak sądzi See, na przybłonek nerkowy i w ten sposób zwiększa wydzielinę, dotąd nie daje się rozstrzygnąć. W każdym razie można przypuszczać, że działanie, jakie wywiera na czynność serca, zwiększa znów wydzielniczą czynność nerek, gdyż ciśnienie krwi zawsze pod wpływem sparteinu wzrasta.

3) W najrozmaitszych przypadkach nieprawidłowości serca działał spartein zawsze w mniejszym lub większym stopniu korzystnie, jednakowoż w ogóle tam nie wywierał żadnego dodatniego wpływu, gdzie istniały zboczenia w samym mięśniu sercowym; przy niewyrównanêm krążeniu, skutkiem wad w zastawkach, działa on daleko pewniéj.

4) Skutek jego daje się spostrzedz w dotyczących przypadkach już po 2—3ch godzinach, znikając znów po paru godzinach, niekiedy po paru dniach.

5) Reguluje czynność serca na długi przeciąg czasu, jeżeli tylko zboczenia w wyrównaniu krążenia ustąpiły.

6) U chorych, u których w skutek nieprawidłowéj czynności serca, cierpiało wydzielanie moczu, wraz z stopniowêm regulowaniem działalności serca ręka w rękę idzie i zwiększenie wydzieliny nerek a z têm w związku pozostające przesączyny oraz wszelkie nagromadzenia cieczy surowiczéj w jamach ciała znikają.

7) Ilość tętna wskutek więcéj prawidłowéj czynności serca jest zmniejszona, a parcie krwi jednocześnie wzrasta.

8) Nawet w tych przypadkach, w których niewyrównane krążenie daléj się utrzymywało, ustępowało przynajmniéj uczucie duszności.

9) Na dychawicę oskrzelową spartein nie wywierał wpływu.

10) Nie obserwowano żadnych złych skutków ani z strony żołądka, ani przewodu jelitowego.

11) Co do dawkowania, to w ogóle dopiero wtedy można oczekiwać jakiegoś skutku, jeżeli zaraz z początku podano co najmniéj 0·1, a nawet w pojedynczych przypadkach 0·2, czasem parę razy na dzień. Większych dawek należy się wystrzegać, gdyż wyrównana do pewnego stopnia w danym przypadku już czynność serca może uledz napowrót niepożądanemu zboczeniu.

12) Sztucznie wywołana ta nieprawidłowość nie utrzymuje się jednak wcale długo; stan dawniejszy powraca po 8—12 godzinach, a podawane w téj chwili dawki sparteinu wywierają taki skutek, jak gdyby dany ustrój jéj jeszcze nie pobierał wcale.

13) Spartein więc nie działa zbiorowo.

14) W ogóle spartein można próbować tam, gdzie naparstnica zawiodła lub użytą być niemogła, albo też gdzie chodzi o jak najszybsze podniesienie i uregulowanie czynności serca.

15) W przypadkach napadów dusznicowych należy być ze sparteinem bardzo ostrożnym, działanie jego pojawia się pomimo pozornie nie zmienionéj działalności serca.

16) Pole do stosowania go jest może w pierwszym rzędzie tam, gdzie chodzi w ogóle o zwiększenie wydzieliny nerek, z powodu jakichkolwiek chorób. *(Deut. Medicinal Zeitung).* β.

Terapija.

Schwass (Berlin): **Kalomel i naparstnica przeciw puchlinie brzucha w następstwie marskości wątroby.**

Dziwnêm pod każdym względem jest, że kalomel jeden z najlepszych środków moczopędnych, w tych przypadkach opuchlin, które pochodzą od zmian w sercu lub od zmian ogólnych w obec zdrowych jednak nerek nie działa przeciw nagromadzeniu się płynów w jamach surowiczych ustroju, zależnych od miejscowych przyczyn zapalnych lub zastoinowych. Spostrzeżenie to znane ma jednak wyjątki, zdarzają się bowiem przypadki, w których kalomel w obec zastoin miejscowych, a jest nią bezsprzecznie opuchlina brzucha w następstwie marskości wątroby, działa dobrze. Przypadki takie są stosunkowo rzadkie. Do nielicznych dotychczas przybywają przypadki S. z oddziału prof. Senatora, z tym jednak dodatkiem, że podawał równocześnie z kalomelem albo w kilka dni po usunięciu go naparstnicę; należy sobie tłumaczyć wyniki dobre têm, że ustrój znosi kalomel lepiéj i dłużéj wśród równoczesnego podawania naparstnicy i że raz rozpoczęte żywsze wydzielanie moczu po kalomelu ułatwia działanie naparstnicy. Objawy zatrucia rtęcią prawie nigdy wtedy nie występują, albo tylko w nieznacznym stopniu. Jeżeli nagromadzenie się płynu w jamie brzusznéj jest tak ogromne, że nakłucia ominąć nie można, radzi S. nawet po nakłuciu kalomel podać, pozostały bowiem po niezupełnêm nakłuciu płyn, kalomel z ustroju w zupełności wydala, nawet jeżeli przed nakluciem działał słabo. *(Berl. klin. Woch.,* 1888, Nr. 38). *H. K.*

Choroby wewnętrzne.

Ziemssen: **O środkach przeciwgorączkowych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Metodzie Brand-Vogla możemy przeciwstawić zmodyfikowany sposób leczenia zimną wodą, jakiego używa Naunyn w swojéj klinice. Na 145 chorych stracił N. 10 chorych czyli 6.9%, wynik więc wcale dobry. Jego sposób jest następujący: Przy cieplocie 39,5 kąpie się już chorego i stosownie do potrzeby daje mu się albo zimną kąpiel 18—22 R. przez 5—10 minut, albo letnią 22—26°R. przez 10—15 minut albo też ciepłą 26—28°R. Poniżéj 18°R. nigdy N. nie zeszedł, a ciepłe kąpiele podaje tylko w późniejszym okresie duru zwlaszcza u chorych majaczących, niespokojnych i osłabionych. Środków przeciwgorączkowych wcale nie podaje a pożywienie chorego składa się: z 1,5 litr. bulijonu z jajem, 2 jaj na miękko, 1 litru mleka, 1 bułki, 1 litru wody lub 1,5 wina.

Gläser, przeciwnik jakiegokolwiek leczenia przeciwgorączkowego, dowodzi, że bez wszelkiego leczenia otrzymuje też same a może nawet lepsze wyniki aniżeli lekarze, którzy mając prawie jednakowy materyjał w tymże samym szpitalu w Hamburgu leczą dur kąpielami zimnemi. Przyznaje jednak Gläser, że w 102 przypadkach była woda stosowana 1) czy to w postaci kąpieli 27—28°R. u chorych niespokojnych i trapionych bezsennością, 2) czy też w postaci zimnych zawijań przy uporczywym nieżycie oskrzelowym lub zapaleniu płuc, wreszcie w postaci poduszek wodnych. Postępowania takiego obojętnêm nazwać nie można, bo jakkolwiek kąpiele były letnie, zawsze jednak różnica pomiędzy ciepłotą krwi u chorych a ciepłotą kąpieli wynosiła 5—6°C. Nie podaje G., jak często stosowano ciepłe kąpiele, lub zawijania zimne, jak się w obec tego zachowywała gorączka, a wreszcie nie wiemy, w jaki sposób w innych oddziałach tegoż samego szpitala leczono dur, więc wniosków żadnych z metody Gläsera czynić nie mamy prawa. Dopóki więc brak nam ścisłych rezultatów z postępowania leczniczego w oddziale Gläsera

i w innych oddziałach w szpitalu hamburskim, dopóty o wyższości metody Gläsera niepodobna mówić. Zwolennicy Curschmanna leczą dur podobnie jak Gläser i wówczas dopiero stosują ciepłe lub letnie kąpiele, gdy gorączka jest wysoka i stała lub téż zachodzą powikłania.

Najwięcéj jednak klinicystów i lekarzy oświadcza się za skombinowaném leczeniem przeciwgorączkowém, to jest za stósowaniem środków wewnętrznych przeciwgorączkowych i użyciem kąpieli. Każdy klinicysta ma swój sposób stósowania zimniejszych lub cieplejszych kąpieli, używania to chininu, to antipyrynu, taliny, antifebriny, kairynu, hydrochininu lub kw. salicylowego i pod tym względem rezultaty są mało odmienne i wcale niezłe. Chcąc przedstawić metodę leczenia, używaną przez Ziemssena, musimy w krótkości skreślić jego zapatrywanie na kwestyję zgubnego wpływu gorączki, czy też samego zakażenia. Otóż Z. uważa, że sama gorączka nie jest tak zgubną i niebezpieczną, abyśmy przeciwko niéj mieli tylko działać, lecz niebezpieczeństwo dla ustroju leży w samém zakażeniu, nietylko z powodu mikrobów lecz i wskutek działania produktów rozkładowych z tychże mikrobów. Zakażenie więc polega na działaniu mikrobów i ich produktów rozkładowych na ustrój (ptomainy) i wywołaniu w nim różnych miejscowych i ogólnych zaburzeń. Przeciwko niektórym mikrobom mamy pewne właściwe środki (chinin, rtęć, jod, kw. salicylowy), lecz w obec większości jesteśmy zupełnie bezsilni. Do środków, które mają dodatnio wpływać na sprawę chorobową, zaliczają niektórzy i samą gorączkę. Twierdzenie ich jednak jak dotąd nie ma naukowéj podstawy, a nawet doświadczenia bakteryjologiczne przemawiają w niektórych razach przeciwko temu. Np. co do prątka duru brzusznego dowiódł Gaffky, że jego zarodniki jeszcze w ciepłocie 42°C. rozwijają się jakkolwiek wolniéj. Prątki gruźlicze według doświadczeń Kocha tracą zdolność rozwoju dopiero po kilkotygodniowém działaniu ciepłoty 43°C, a prątki wąglikowe po kilkunastu dniach ciepłoty 43°C. Kliniczne doświadczenie uczy nas jednak, że dłużéj trwająca gorączka 42°C. jest dla ustroju zabójczą, a więc o dodatnim wpływie na ustrój mowy być nie może. Możnaby jeszcze przypuścić, że gorączka wywołuje takie zmiany w tkankach, które bakteryjom utrudniają lub uniemożebniają istnienie. To jednak również nie zgadza się z klinicznem doświadczeniem, zresztą wiadomem jest, że choroby zakaźne mają pewien określony przebieg i trwanie (dur brzuszny 3 tygodnie przeciętnie, wysypkowy 14 dni, ospa 12—14 dni, płonica 6—7 dni i t. d.) i że żywotność bakteryj nie stoi w prostym stosunku do wysokości gorączki. Po większéj części najcięższe gorączki są i najdłuższe, lżejsze zaś mają krótszy przebieg. Gdyby więc gorączka miała jaki dodatni wpływ, toby powinno być odwrotnie. Że obumarcie bakteryj po pewnym czasie należy do ich właściwości żywotnych, na to mielibyśmy dowód w zapaleniu płuc dławcowem, w którém na 100 przypadków w 85 następuje przełamanie się gorączki i choroby przed końcem 8 dnia i nie zależy od gorączki, która mogła być wysoką lub niską. Że zdarzają się zapalenia płuc dławcowe z trwaniem 9—13 dniowem, to nie zmienia poprzedniego dowodzenia, bo wiemy, że i inne zakaźne choroby wyraźnie cyklicznie przebiegające, wyjątkowo przebiegają odmiennie. W przeciwstawieniu do tych bakteryj o krótkiem życiu mamy znowu inne, które przez całe lata utrzymują się w ustroju (np. kiła, zimnica) lub też te, które zwykle na całe życie w ustroju pozostają, mianowicie prątki gruźlicze. Działanie więc leczenia przeciwgorączkowego nie polega tylko na zwalczeniu gorączki i jéj działaniu, lecz musi mieć za zadanie zwalczanie samego zakażenia i następstw tegoż. Co do zaburzeń, jakie sprowadza sama gorączka a zakażenie, tych ściśle odgraniczyć się nie da. Naunyn twierdzi, że gorączce przypisać należy wpływ na przyspieszoną czynność serca i oddechania, zakażeniu zaś działanie na układ nerwowy, krew, naczynia, przemianę materyi, czynności wchłaniania i wydzielania. Zaburzenia ze strony układu nerwowego bywają nadzwyczaj rozmaite, stósownie do indywidualności i nieraz można spostrzedz, że chorzy z niższéj klasy znoszą gorączkę bardzo dobrze, nie czują jéj i wykonywają pracę wśród ciężkiego np. duru. Inne zaś już przy ciepłocie 38,0—38,5 okazują znaczne zaburzenia w układzie nerwowym, robią wrażenie ciężko chorych a niekiedy nawet pojawiają się u nich majaczenia. Że zaburzenia nerwowe nie zależą od gorączki; lecz od samego zakażenia, na to jeszcze mielibyśmy dowód w durze brzusznym z niską ciepłotą a ze znaczném zajęciem władz umysłowych lub też w durze osutkowym, gdy już w pierwszych dniach choroby mamy majaczenia, nieprzytomność.

Z metod leczniczych, zwalczających tak gorączkę, jako i zakażenie, w pierwszym rzędzie należy postawić hydroterapiję. Działanie zimnych lub letnich kąpieli bywa pod wieloma względami dodatnie. Zimna kąpiel działa ochładzająco na krew, a przez nią i na narządy wewnętrzne, a tą samą zapewne drogą i na ośrodki nerwowe, które po zimnéj kąpieli nabierają pewnéj odporności, świeżości, a chory taki będąc przedtém niespokojny, uspakaja się i czuje potrzebę snu. Potrzeba jedzenia u chorego się wzmaga, trawienie łatwiéj się odbywa, serce wolniéj i silniéj bije, naczynia okazują lepsze napięcie, a tętno przedtém dwubitne staje się więcéj prawidłowem. Oddechy są mniéj przyspieszone i głębsze, wydzielenie plwocin łatwiejsze, a ilość innych wydzielin jak moczu, śliny, łez, jest zwiększona, oczy stają się błyszczące, język przedtem suchy jest wilgotny, a skóra także wilgotnieje. Odleżyny przy stosowaniu kąpiel zimnych nie powstają, co przypisać należy ich działaniu dodatniemu na ośrodki odżywcze.

Co do postaci kąpieli, trwania i ciepłoty, to pod tym względem są różne zapatrywania, ale w każdym przypadku należy indywidualizować a nie trzymać się pewnych szablonów, szkodliwych zwykle dla chorych. W ogóle można powiedzieć, że im wcześniejszy jest okres choroby, im wyższa jest ciepłota, odporniejsze serce i układ nerwowy, im silniejsza jest budowa chorego, tem łatwiéj i lepiéj stósować zimniejsze i dłuższe kąpiele. Zwykle używa się kąpieli o ciepłocie 18°R. do 24°R., a tylko u ludzi silnych i w świeżych przypadkach można stósować kąpiele o cieplocie 15°R. Średnio biorąc 15—20 minut wystarcza na jedną kąpiel, a kąpieli tych bywa od 2—6 w 24 godzinach zależnie od poszczególnych wskazań. Kąpiel zimna stosuje się dopiero, jeżeli ciepłota dochodzi do 39,5, lecz są wyjątki, gdzie należy już przy 39,0 kąpać, a nieraz przy 40° nie jest wcale wskazana kąpiel. Wskazówką jest tutaj zachowanie się chorego po pierwszéj kąpieli, t. j. odczyn ustroju na kąpiel. Jeżeli więc po pierwszéj kąpieli znajdziemy spadek ciepłoty, tętno lepsze, układ nerwowy odświeżony, chęć do snu, żadnych dreszczyków i uczucie podmiotowe chorego przyjemne, to w takim razie zarządzamy dalsze kąpiele. W praktyce prywatnéj, gdzie się trzeba liczyć z otoczeniem, najlepiéj jest stósować letnie kąpiele z powolném obniżeniem ciepłoty, tak że pierwotna ciepłota 26°R. obniża się przez dolewanie zimnéj wody do 18°R. Przestaje się zwykle dolewać zimnéj wody, jeżeli chory zaczyna dzwonić zębami i twierdzi, że dłużéj nic wytrzyma. Po 15—20 minutach chorego wyjmuje się z kąpieli, kładzie się na ogrzany wełniany koc, zawija się go w nim i pozostawia się tak $^{1}/_{4}$ godziny, poczem dopiero osusza się go, daje mu się bieliznę i pozwala daléj spać. Dla osób nadzwyczaj wrażliwych, u których obawiamy się złych skutków po zimnych kąpielach, są wskazane kąpiele o ciepłocie 26—28°R., co zawsze jednak z ciepłotą gorączkującego chorego stanowi różnicę 6—8°C. Działanie takiéj kąpieli jest o wiele słabsze, ale i tak wpływa na układ nerwowy i czynności serca, a chorzy tacy zazwyczaj po kąpieli popadają w spokojny i orzeźwiający sen.

Zimne zlewania w kąpieli można stósować w astenicznych postaciach chorób, szczególnie w chorobach o krótkim przebiegu, a pod tym względem świetne wyniki podaje James Currie, zwłaszcza w płonicy. Zawijania w mokre prześcieradła należą już do środków bardzo słabych, lecz i im w pewnéj mierze nie można odmówić dodatniego wpływu na ciepłotę i układ nerwowy ale w znacznie mniejszym stopniu, niż to czynią kąpiele. Co się tyczy środków przeciwgorączkowych, to użycie ich w obec hydroterapii traci wiele na znaczeniu. Ale w praktyce prywatnéj obejść się bez nich nie można i są one nieraz bardzo użyteczne w podtrzymy-

waniu działania przeciwgorączkowego po zimnych kąpielach. Najpewniéj działają jeszcze antipyrina, talina, antifebrina i fenacetyna, a przytém nie wywołują żadnych ubocznych działań. (*Klin. Vorträge. Ziemssen*). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Page (Londyn): **Przypadek obustronnéj nefrolitotomii.**

P. opisuje przypadek, w którym dokonał nietylko obustronnéj nefrolitotomii, zabieg bądźcobądź bardzo ciężki, ale także wykonał na tym samym człowieku przedtém cięcie kamienia środkowe i boczne. Ciekawą była w tym przypadku zmienna czynność nerek. U 22 letniego robotnika skarżącego się na bóle w okolicy lewéj nerki i u którego jeszcze w r. 1885 zaczęły kamyki odchodzić moczem, wydobyto w r. 1886 znaczniejszych rozmiarów kamień wykonawszy cięcie boczne kamienia. Gdy jednak niedługo po operacyi stan ogólny się pogorszył, z moczem zaczęła odchodzić krew i ropa, a szalone bóle w okolicy lewéj nerki się utrzymywały, rozpoznano kamień świeży w pęcherzu, który téż wydobyto w r. 1886 przez cięcie środkowe, a przez cięcie w okolicy nerki lewéj wydobyto z ropnia nerkowego dwa kamienie. Niedługo potém zaczęły występować bóle w okolicy nerki prawéj. P. widział się zmuszonym przypuścić, że ropa z lewéj strony ciała dostała się do okolicy prawéj nerki i wywołała prawdopodobnie albo ropień nerkowy albo okołonerkowy, albo wytworzył się po téj stronie nowy kamień nerkowy. Operacyja jednak nie wykazała kamienia lecz pęknięcie ropnia okołonerkowego. Po wypuszczeniu ropy stan się z każdym dniem poprawiał, aż chory zupełnie wyzdrowiał. P. odradza w dalszym ciągu pracy robienia cięcia próbnego lub nawet operacyjnego w powłokach brzusznych przednich jako nieprzydatnego i zgadza się z Schedem, który i dla wycięcia nerek radzi ciąć od tyłu. (*Wiener klin. Woch.*, 1888, Nr. 28). *H. K.*

Krieger (Nowy Jork): **Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.**

Przypadki wyleczonych ropni śledziony należą bezsprzecznie do rzadkości; chory K. czuł od kilku miesięcy guz w lewém podżebrzu za uciskiem bardzo bolesny, rozpoznanie wahało się między guzem jakimś stałym wątroby lub śledziony a bąblowcem, nacięcie brzucha odsłoniło guz chełboczący wychodzący ze śledziony, z którego strzykawka Pravaza wydobyła ropę; rozszerzono tedy ranę, otwarto guz i napotkano jamę w śledzionie wielkości pięści. Jamę oczyszczono i odwietrzono, zatamponowano nie zeszywszy wcale rany. Zaraz nazajutrz ciepłota spadła do prawidłowego stanu, a po kilku tygodniach chory całkowicie wyzdrowiał.

Niemniéj ciekawym jest przypadek raka wychodzącego z głowy trzustki, którego za życia nie można było w żaden sposób rozpoznać, dawał obraz rozszerzenia woreczka żółciowego następowego po zatkaniu jego przewodu kamykami. Tymczasem wykazała usiłowana cholecystotomija rozszerzenie worka żółciowego jako następstwo ucisku przewodu przez wspomniany nowotwór. Chory umarł z zapadu sił.

Jedynym może w swoim rodzaju jest przypadek trzeci, w którym po zrobieniu nakłucia przez powłoki brzuszne strzykawką Pravaza, przyszło do przekłucia podskórnego żyły pod ścianą brzuszną przebiegającéj i do następowego krwotoku, wśród którego chora w 5 dniu umarła z wylania się krwi do jamy otrzewnowéj. Laparotomija robiona okazała się już za późną: wypuszczono blisko 600 gr. krwi przez ranę a po śmierci przekonano się o przyczynie krwotoku. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 39). *H. K.*

Medycyna sądowa.

Prof. E. Hofman: **O pośmiertnych przedarciach m. mostkosutkowego.**

Już w r. 1881 w Nr. 48 *W. med. Presse* przypuszczał H., że przedarcia m. mostkosutkowego bez podbiegnięcia, zdarzające się czasem u samobójców po powieszeniu się, mogły powstać po śmierci, zwłaszcza wśród stężenia trupiego, albowiem wtedy mięsień kruchszy a poprzednio uciśnięty poprzez łatwiéj przedrzeć się może. Później znaczniejszą ilość takich przedarć bez odczynu napotykał u ludzi zmarłych z powieszenia, które jednak po największéj części powstały dopiero podczas sekcyi, tak że upatrywać musiał analogiję z przedarciem innych mięśni, które zdarza się śród stężenia, jeżeli się odnogę mocno naciąga. Że takie przedarcia m. mostkosutkowego znajdowano tylko u wisielców, pochodzi po części ztąd, że mięsień ten poprzednio uległ uciśnięciu, a głównie zapewnie ztąd, że u innych trupów na mięsień ten przy sekcyi nie zwraca się uwagi. H. przekonany jest, że przedarcie to jest prostém następstwem silnego przekręcenia szyi śród piłowania czaszki, jak to Küstner (*Centralbl f. Gynäkol.* 1886, Nr. 9 i 25) wykazał dla krwiaków tego mięśnia u noworodków. Przyczyniają się do przedarć mięśnia w mowie będącego u dorosłych następujące okoliczności: 1) stężenie trupie, 2) przewężenie mięśni w skutek poprzedzającéj strangulacyi, 3) zwyrodnienie mięśnia u alkoholistów, po otruciu fosforowém, zanik mięśnia u cherlaków.

Przedarcia te nie są bez znaczenia pod względem sądowolekarskim, służyły one bowiem już za dowód strangulacyi za życia zdziałanéj, nawet wtedy, gdy nie było żadnego odczynu (A. Lesser, *Viertelj. f. ger. Med.* 1881), a brak podbiegnięcia starano się tłumaczyć dłuższém ugnieceniem,— co jest błędném.

O wiele ważniejszym jest fakt, że takie przedarcia pośmiertne mogą być połączone z wylaniem krwi, tak że mogą imponować jako obrażenia połączone z podbiegnięciem, a więc jako niewątpliwie za życia powstałe. Wystąpienie krwi z małych żył przedartych, jeżeli w nich mieści się jeszcze krew, zwłaszcza płynna, zdarza się często po śmierci. Jeżeli krew wylewa się pomiędzy włókna mięśniowe, mięsień przedarty lub naddarty przedstawia wejrzenie krwią podbiegłego. Za powstaniem pośmiertném w takich razach przemawia: 1) wynaczynienie mało obfite, krew płynna lub tylko słabo ścięta, 2) okoliczność, że zmiany takie znajdują się prawie zawsze u ludzi silnych, tłustych, u których przedarcie łatwiéj nastąpić może, 3) że trudno pojąć, w jaki sposób te zmiany miały nastąpić za życia, skoro wykluczyć można strangulacyję lub inne urazy szyi. Czy w skutek drgawek lub duszności może przyjść do przedarcia m. mostkosutkowego, wątpić należy. W końcu przytacza H. 7 sekcyj, w których zmianę w mowie będącą znaleziono, pomimo, że śmierć nie nastąpiła ze strangulacyi (*W. klin. Wochenschrift* 1888, Nr. 39). *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VII z dnia 28 listopada 1838

Przewodniczący Prof. Korczyński. Członków obecnych 10.

1) Przewodniczący zawiadamia, że pp. St. Niedzielski w Śledziejowicach, i St. Homolacs w Gnojniku dopełnili wszelkich warunków co do mleczarń, jakie im postawione zostały w myśl uchwały, powziętéj na posiedzeniu VI z dnia 9go lipca b. r. i że w obec tego przesłane im zostało poświadczenie Towarzystwa lekarskiego.

2) Uchwalono porozumieć się z p. Henrykiem Tretterem we Lwowie co do rozbioru chemicznego kakao jego wyrobu.

3) W wykonaniu uchwał, powziętych na wniosek Dr. Lutostańskiego na posiedzeniu II w dniu 17go stycznia b. r. uproszono Dr. Ściborowskiego do napisania projektu odezwy, zachęcającéj do popierania zdrojowisk krajowych, i uproszono przewodniczącego, aby poczynił starania co do wydania rocznika zdrojowisk krajowych.

4) Korzystając z upoważnienia Tow. lek. krak. z dnia 7 grudnia 1887, uchwalono na wniosek przewodniczącego wystósować imieniem Towarz. lek. krak. podziękowanie Dr. Wiczkowskiemu we Lwowie za zajęcie się i skuteczne przeprowadzenie na wystawie higijeniczno-lekarskiéj podczas Vgo zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie osobnego działu przetworów higijenicznych i leczniczych przez Tow. lek. krak. poleconych.

5) Resztę pieniędzy składkowych, które pozostały po wydrukowaniu ogłoszeń o przetworach przez Tow. lek. krak. poleconych, uchwalono, po wyrównaniu kosztów administracyjnych, przeznaczyć na inseraty o tychże przetworach w czasopismach lekarskich.

6) Kapsułki elastyczne z olejkiem rycynowym i z tranem wyrobu p. Maryjana Zahradnika, aptekarza w Jeziernie, uznano jako wyrób, odpowiadający ze wszech miar wymogom techniki farmaceutycznéj i polecenia godny.

7) Placuszki (tabletki), zawierające $^1/_2$ gm. sublimatu, wyrobu p. K. Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie, uznano jako wyrób polecenia godny i daleko lepiéj celowi odpowiedni, aniżeli podobne wyroby zagraniczne, do sporządzania rozczynów opatrunkowych antiseptycznych. Rozpuszczają się one nawet w zwykłéj wodzie studziennéj bez osadu a sublimat, w nich zawarty, nie łączy się z białkiem na białkan rtęciowy.

8) Podkomisyja (prof. Olszewski, doc. Jaworski i fizyk miejski Dr. Buszek) zdaje sprawę ze szczegółowych badań fabrykacyi wód burzących pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie. Ze sprawozdania tego wynika *a)* że fabryka do wyrobu wody zwykłéj sodowéj używa wody ze zdroju, znajdującego się obok rogatki łobzowskiéj, nabytego od skarbu wojskowego, że zdrój jest należycie ocembrowany i zabezpieczony od dopływów wody gruntowéj. Rozbiór chemiczny z dnia 18 czerwca b. r., dokonany przez prof. Olszewskiego, wykazał: Składników stałych 0·570 p. m. Twardość całkowita 39'5°f., twardość trwała 20·3°, twardość czasowa 19·2°; chloru 0·021, kwasu azotowego 0·031; ilość kameleonu zużyta 0.007, obliczona ilość ciał organicznych 0·035; kwasu azotawego ani amonijaku nie znaleziono. Badanie bakteryjologiczne według sprawozdania Dr. Aleksandra Bossowskiego z dnia 13 października b. r. wykazało, że woda ta jest zupełnie zadowalająca pod względem wartości bakteryjologicznéj. Woda sodowa zwyczajna, wyrabiana z téj wody zdrojowéj, jest więc pod każdym względem lepszą, aniżeli wszystkie inne wody sodowe krakowskie, z których niektóre zawierają do 2 gramów ciał stałych na 1 litr 0·25 ciał organicznych, znaczne ślady amonijaku i kwasu azotawego, których sprzedaż więc powinna być właściwie z urzędu wzbronioną; *b)* że do fabrykacyi wód higijenicznych i leczniczych używaną bywa woda przekroplona, należycie przechowywana; *c)* że lokal obecny daje gwarancyję czystéj fabrykacyi, że oczyszczanie kw. węglowego jest należyte, że naczynia pobielane są czystą cyną, że syfony i flaszki przechowywane są odpowiednio do wskazówek, udzielonych przez Tow. lek. krak. a metalowe guziki i kurki syfonów składają się z aliażu cynowego, jakto wymaga rozporządzenie ministerstwa z dnia 11 czerwca b. r. *d)* że wszystkie wody, na składzie się znajdujące, a więc zwyczajna woda sodowa, woda higijeniczna, kwaśna, żelazista, litowa, jodowa, bromowa, i sztuczne wody mineralne (Bilińska, Selterska, Vichy), szczegółowo odczynnikami badane, są umiejętnie i dokładnie przyrządzone.

W obec tego, jak niemniéj z uwagi, że fabryka pp. Rzący i Chmurskiego od r. 1863 oddaje się specyjalnie wyrobowi wód burzących i posiada do fabrykacyi odpowiednie siły fachowe, że stosuje się chętnie do rad i wskazówek Tow. lek. krak., nie szczędząc kosztów na podniesienie i ulepszenie zakładu, że poddaje się ciągłéj kontroli komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak. a deklaracyją z dnia 1 grudnia 1888 zobowiązuje się poddać co najmniéj dwa razy na rok całą fabrykacyję ścisłemu badaniu chemicznemu, uchwalono w uzupełnieniu uchwał dawniejszych z dnia 21 maja 1880, 18 maja 1881, 20 października 1886 i 15 grudnia 1887 r. przedstawić komitetowi Towarzystwa następujące wnioski:

I. Fabryka wód burzących pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie stoi pod względem prowadzenia fabrykacyi na wysokości swego zadania.

II. Woda sodowa zwyczajna jest lepsza aniżeli wszystkie inne obecnie w Krakowie wyrabiane, a w braku dobréj wody do picia w Krakowie zaleca się ją jako napój codzienny.

III. Woda sodowa higijeniczna według przepisu Towarzystwa lek. krak. sporządzana jest szczawą czystą i może być używana jako codzienny napój orzeźwiający.

IV. Wody lecznicze, jak woda sodowa kwaśna silniejsza i słabsza, żelezista silniejsza i słabsza, jodowa, litowa, bromowa silniejsza i słabsza, sporządzane według przepisu Tow. lek. krak. mogą być stosowane w tych przypadkach, gdzie się przepisuje dotyczące przetwory lecznicze i to we wielu razach z lepszym wynikiem aniżeli też same sole w zwykłéj postaci, gdyż rozpuszczone w sztucznéj szczawie są strawniejsze i w użyciu przyjemniejsze.

V Wody sztucznie naśladowane, jak woda Bilińska, Selterska i Vichy składem swym odpowiadają w zupełności wodom rodzimym i mogą być używane snadnie w zastępstwie wód rodzimych.

VI Towarzystwo lek. krakowskie uznając dotychczasową gorliwą działalność pp. Rzący i Chmurskiego, zmierzającą do podźwignięcia przemysłu w ich zakres wchodzącego, zamieszcza wszystkie wyroby wód burzących pp. Rzący i Chmurskiego w spisie przetworów higijenicznych i leczniczych przez Tow. lek. krak. poleconych, i zezwala na używanie na poszczególnych wyrobach napisu: „polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie a zostające pod kontrolą komisyi przemysłowéj tegoż Towarzystwa“.

(Uchwały pod L. 6, 7, 8, potwierdził komitet Towarzystwa w dniu 4 grudnia b. r., o czem zostało zawiadomione Tow. lekarskie na posiedzeniu w dniu 5 grudnia b. r., na którém co do wody sodowéj wyrobu pp. Rzący i Chmurskiego uchwalono, aby delegat Tow. lek. do komisyi sanitarnéj miejskiéj starał się o postanowienie téjże komisyi, ażeby wzbroniono fabrykacyję wszystkich innych wód sodowych, które nie czynią zadość ścisłym warunkom higijeny). Sekretarz *Doc. Dr. Gluziński.*

V. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

3) Dziedziczność zwrotna, atawizm, obejmie 24 przypadków, które w takim występują porządku: jedno pokolenie ominięte 19 razy, dwa pokolenia 3 razy, trzy i pięć pokoleń po razu. Możnaby na pozór przypuszczać, że działają tu uboczne wpływy, że jeden z członków grupy wypełniającéj dwie linije krańcowe, wniósł do niéj chorobę, że wreszcie wystąpiła ona pod naciskiem czynników, nie mających nic wspólnego z dziedzicznością; na to odpowiem, że studyjowałem wszystkie bliższe i dalsze pokrewieństwa, nawet okoliczności, w jakich się chory znajdował, studyjowałem tradycyje i podania i dopiero wówczas wciągałem go do regestru. Jestem przeświadczony, że siła atawistyczna znaczy wiele, że słabnie ona w dalszych pokoleniach, w stosunku prostym tego pokolenia do protoplasty dotkniętego zboczeniem umysłowém; naturalnie ma to miejsce wówczas, kiedy ród się znajduje w szczęśliwych warunkach, kiedy w skutek ich poprawienie rasy następuje, ale o tém niżéj mówić mi wypadnie. Tu jeszcze powrócę do zdania, uzasadnionego przed chwilą, mianowicie, że dziedziczność zwrotna, nie podtrzymywana nawet ubocznemi czynnikami, przetrwać może wiek cały i dłużéj. Ribot idzie pod tym względem jeszcze daléj, — „rodzice, powiada on, przelewają własności przodków, które pozostały w nich w stanie ukrytym. Przekonaliśmy się, że atawizm możebnym jest po stu pokoleniach i że doświadczenie hodowców oznacza dla zwierząt wyższych 8 — 10 pokoleń, jako czas potrzebny dla usunięcia szans powrotu“ [1]. Już chyba znakomity uczony nie miał tu na względzie rodzaju ludzkiego, bo jeżeli przyjmiemy za pewnik, że dziesięć jego pokoleń wypełnia trzy prawie wieki (u nas ledwie lat 250 dosięga), wówczas siła atawizmu obliczyćby przyszło na 2.500 do 3.000 lat; fakt nie dający się sprawdzić, tém więc samém w dziedzinie hipotezy pozostać musi na zawsze. Co do nas skromniejsze tu zakreślimy granice, dotkniemy dziedziczności form, kształtów, a choćby przyzwyczajeń, a wówczas przez analogiję łatwiéj już będzie dowieść spadkobierstwa zwrotnego zboczeń umysłowych. Przykłady biorę nie z książek a z życia, sprawdzić je można w każdéj chwili. Oto typy ormiańskie, powtarza-

[1]) Dziedz. psycholog., str. 193.

jące się pośród szlachty podolskiéj, choć zasiliła ją krew przychodniów najczęściéj po kądzieli jeszcze przed stu pięćdziesięciu laty. Wiadomo, że Ormianie najdłużéj ostali się w Kamieńcu (mam tu na względzie gub. podolską), z innych miasteczek z wyjątkiem Mohylowa, wynieśli się daleko wcześniéj. Krzyżowanie się owéj rasy wschodniéj ze słowiańską nastąpiło około 1730, w pięćdziesiąt lat późniéj urosło do olbrzymich rozmiarów, tak że na schyłku zeszłego wieku koloniści wsiąkli zupełnie w ludność miejscową, a że dziewcząt więcéj niżli chłopców pośród nich przychodziło na świat, że dziewczęta były posażne, że się w poważniejszych kupcach rozwinęły zamiłowania ziemiańskie, więc chętnie oddawali córki w zamężcie okolicznym reprezentantom szlacheckiego stanu. Pierwsze, drugie pokolenie, nosiło cechy rasy wschodniéj, potém brała przewaga słowiańska, o pokaźnym wzroście, silnéj budowie ciała, okrąglej twarzy, nosie kartoflowatym, błękitnych oczach, jasnych, płowych prawie włosach. I naraz w 7, niekiedy w 8 pokoleniu, powstaje typ zupełnie odmienny: przysadkowaty, krępy ale płaski tułów, osadzony na niezgrabnych nogach, głowa pokryta kruczym kędzierzawym włosem, czoło niskie, oczy wypukłe ciemne, nos ogromny, na bok przychylony, zarost twarzy gęsty, zajmujący całe policzki itd., słowem klasyczny wizerunek pierwotnego wychodźcy ormiańskiego, jakim go nam odmalowały współczesne pamiętniki; po sprawdzeniu genealogii łatwo się przekonać, że praprapraprababka była córką przybysza z za Araratu. I to się powtarza dość często. Drugi przypadek także nie wyjątkowy, ale bardziéj uderzający, nie rasa tu bowiem wpływała na różnicę, ale rozmaite życia koleje. Wiadomo, że po zniesieniu unii w gubernii podolskiéj przed stu prawie laty wiele rodów rozpadło się na dwa odłamy: jeden został wiernym łacińskiemu obrządkowi, drugi zaczął wyznawać wschodni niezjednoczony; pierwszy z biegiem czasu dorobił się stanowiska ziemiańskiego, więc w szczęśliwszych warunkach rosły jego zstępujące pokolenia, drugi w najpomyślniejszym razie stawał w szeregach stanu duchownego, który do niedawna jeszcze wcale nie zaznawał rozkoszy, taki bowiem ksiądz rit. gr. musiał często sam chodzić za pługiem, siać, kosić, a jego progenitura imała się sierpa, grabi, wiązała snopy itd. Otóż stawię dwa typy, reprezentujące obie używające jednego nazwiska połowice, od wieku one odskoczyły od siebie, (w czwartém pokoleniu), syn bogatego ziemianina i syn parocha wiejskiego, a jednak jakie uderzające podobieństwo: też same wyniosłe czoła, nosy kształtne, też same rzewne rozumne oczy, toż samo usposobienie do wczesnego łysienia, a co ciekawsze te dziwnie małe, chorobliwie małe nogi o wysokiém podbiciu, przytém bardzo kształtne, choć jedne z nich stąpały tylko po posadzkach, a drugie często grzęzły w błocie. Trzy pokolenia nie zdradzały podobieństwa, ale w ostatniém, kiedy się byt duchowieństwa zmienił na lepsze, wystąpiły w potomku kapłana wiejskiego własności przodka pozostające dotąd w ukryciu. Jeżeli więc prawo dziedziczności zwrotnéj tak jest silne i widoczne tam, gdzie idzie o przechowanie pewnych kształtów i form ciałoskładu, dla czegóż nie przypuścić, że nie straci ono swojéj doniosłości tam, gdzie idzie o sprawę patologiczną w mózgu umiejscowioną. Dosadniejsze atoli posiadamy jeszcze fakta dla stwierdzenia wyżéj przytoczonego zdania. Tutaj nam rękę podaje heraldyka, na zasadzie jéj udowodnić możemy, że w rodzie, używającym jednego nazwiska i jednego herbu, ale podzielonym na kilka konarów tak dawno, że tradycyja o krewieństwie między niemi zaginęła, a co więcéj, przeszło od półtora wieku na rozmaitych szczeblach społecznych przebywają one; otóż powtarzam, w rodzie takim wspólność tylko nazwy i herbu posiadającym, często wybuchają zboczenia umysłowe, dowodzące pewnéj bardzo oddalonéj dziedziczności zwrotnéj. Że nie na prostym przypadku opieram moje przypuszczenie, dowodzi tego, że na sto genealogij patologicznych siedm do powyższéj należy kategoryi. A o jednéj z nich wspomnę w streszczeniu, w niéj bowiem psychijatryja niewyświetlonéj dobrze heraldyce dopomódz mogłaby niechybnie. Oto znałem dwie rodziny i nazwisko nosiły one jedno i jednym pieczętowały się znakiem i pomimo to nie przyznawały się do siebie wzajemnie, możniejsza słabszéj zarzucała uzurpacyję, nieprawne korzystanie z przywileju: tamta oddawna dosięgała wyżyn możebnych i pod względem społecznym i pod względem materyjalnym, ta w walce o powszedni kawałek chleba zapomniała o powierzchownéj choćby ogładzie, pierwsza wygasła po mieczu, druga ostała się, a w obudwóch choroby umysłowe wybierały swoje ofiary, a co dziwniejsza, że i formy ich były do siebie zbliżone (szaleństwo ostre przechodzące w niedołężnienie umysłowe), obłąkani w takim stanie żyli po lat kilkadziesiąt, i ta tylko zachodziła różnica, że w możniejszéj ulegały przeważnie kobiety, w uboższéj mężczyzni. Otóż, gdyby wypadło mi bronić téj ostatniéj od zarzutu przywłaszczenia i nazwiska i herbu, na zasadzie danych popartych przez psychijatryję, dowieśćbym łatwo potrafił jego niesłuszności. Teraz kilka przykładów, jakie nam nastręczają genealogije patologiczne: 1) Forma najprostsza dziedziczności zwrotnéj z pominięciem jednego pokolenia: pradziadek opilca umiera nagle, prababka zdrowa, dziadek i babka także, ojciec udar mózgowy, bezwład, rozmiękczenie mózgu, brat ojca obłąkany schodzi ze świata, syn pierwszego w 15 roku kończy na zapalenie opon mózgowych, ród po mieczu wygasa, po kądzieli chowa się zdrowo. 2) Dziadek, napad szaleństwa, popęd samobójczy, ustalenie się błędnych wyobrażeń, wnuk, *hydrocephalus chronic.*, wnuczka obłąkanie epileptyczne. 3) Pradziadek, *dipsomania*, *pseudoparalysis alcoholica*, jeden z prawnuków idyjota, dwaj inni nerwowi do wysokiego stopnia, odznaczający się dziwactwami. 4) Prababka, zaduma religijna, omamy zmysłowe, samobójstwo, trzy pokolenia następują po sobie zupełnie zdrowe, w czwartém prawnuk szaleństwo okresowe.

W ogóle jednak na zasadzie postrzeżeń nielicznych wprawdzie przypuszczać się godzi, że formy obłąkania występujące na drodze atawistycznéj, jak z jednéj strony dowodzą siły usposobienia do niego, tak z drugiéj są objawem jakby ostatniego wytężenia tego usposobienia... niby resztki burzy, która kędyś przepłynęła daleko i dawno, ostateczne wyładowanie elektryczności; to téż rokowanie w zboczeniach tego rodzaju więcéj nastręcza nadziei.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 76.707. **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

Do wszystkich pp. c. k. Starostów i do pp. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa. Na wniosek ck. najwyższéj Rady zdrowia, wydało Wys. ck. Ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzenie z dnia 13 Grudnia 1888 L. 20.604, celem uregulowania peryjodycznych sprawozdań o ważniejszych sprawach sanitarnych w kraju, które ma od 1 stycznia 1889 obowiązywać.

Na podstawie tego rozporządzenia zarządza się co następuje:

I. Miasta Lwów, Kraków, Brody, Drohobycz, Kołomyja, Przemyśl, Stanisławów, Tarnopol i Tarnów mają jak dotychczas przedkładać tygodniowe sprawozdania o śmiertelności, według instrukcyi, udzielonéj tutejszém rozporządzeniem z 8 grudnia 1885 L. 76.822 i według dołączonego formularza regularnie każdego wtorku wprost do centralnéj komisyi statystycznéj.

Zwraca się jednak uwagę Pana, że teraźniejszy formularz o tyle różni się od dotychczasowego, że dodane są rubryki:

a) liczba żywo urodzonych dzieci,

b) ilość dzieci zmarłych aż do skończonego pierwszego roku,

c) przyczyna śmierci kobiet po porodzie w skutek chorób połogowych; i że w rubryce „wrodzony brak sił żywotnych“ należy wykazywać tylko dzieci zmarłe w ciągu pierwszych tygodni życia z powodu niedostatecznego rozwoju, lub z powodu wrodzonych wad. Ażeby otrzymać cyfrę dzieci żywo urodzonych w każdym tygodniu, należy zobowiązać wszystkie akuszerki, w wymienionych miastach praktykę wykonywające, aby o każdym porodzie, przy którym były pomocnemi, spisywały regularnie kartki meldunkowe (*Meldezettel*) i aby kartki te każdéj niedzieli rano do biura statystycznego Magistratu, względnie do lekarza miejskiego odsyłały, lub odnosiły. Również mają one donosić o każdym

porodzie, który się odbył bez pomocy egzaminowanéj akuszerki, a o którymby otrzymały wiadomość.

PP. Prezydenci m. Lwowa i Krakowa wydadzą odpowiednie zarządzenia, aby także i zakłady położnych zawiadamiały Magistrat wcześnie o ilości dzieci urodzonych w każdym tygodniu w tych zakładach.

Formularze do tych wykazów tygodniowych można jak dotychczas otrzymać z ck. drukarni nadwornéj i państwowéj; lecz zapasy dawnych druków można jeszcze zużytkować, uzupełniając je stosownie do obecnie udzielonego wzoru.

Napis na tych wykazach będzie brzmiał: *„Bericht über die Geburten und Todesarten* i t. d.“.

II. Celem uzyskania materyjału do peryjodycznych sprawozdań o rozszerzaniu się chorób zakaźnych zechcą wszyscy pp. Starostowie polecić zwierzchnościom gminnym i obszarom dworskim, aby o pierwszém pojawieniu się każdéj choroby zakaźnéj, a w szczególności zaś o pierwszym przypadku ospy, szkarlatyny, dyfteryi, wszelkiego rodzaju tyfusu, dysenteryi, cholery i gorączki połogowéj, (wedle możności także odry i kokluszu) bezwłocznie zawiadamiały władzę polityczną, a o dalszym przebiegu téj choroby i o środkach użytych celem jéj stłumienia, z końcem każdego tygodnia przedkładały sprawozdania, dołączając imienny wykaz chorych, pozostałych z końcem poprzedniego tygodnia, przybyłych nowych chorych w ciągu tygodnia, wyzdrowiałych, zmarłych i z końcem tygodnia w leczeniu pozostających. Tydzień należy liczyć od niedzieli rano do soboty wieczór. Ponieważ właśnie rok 1888 nie kończy się w sobotę, a następny nie zaczyna się w niedzielę, należy od tych gmin i obszarów dworskich, w których panują choroby zakaźne, za tydzień przejściowy zażądać dwu osobnych wykazów; z tych jeden będzie obejmować część tygodnia przypadającą na rok 1888, drugi zaś część tygodnia przypadającą na rok 1889.

Władze polityczne mają nad tém czuwać, aby zarówno gminy, jak i obszary dworskie ten obowiązek ściśle wypełniały

Na podstawie tych wykazów o przebiegu chorób nagminnych w gminach i obszarach dworskich, jakotéż na podstawie tygodniowych raportów epidemicznych, sporządzanych przez lekarzy delegowanych, mają ck. lekarze rządowi sporządzać, począwszy od 1go stycznia 1889, zamiast dotychczasowych miesięcznych wykazów, wykazy czterotygodniowe, które mają dać pogląd na rozszerzenie się chorób nagminnych w powiecie. Wykazy te sporządzone na dotychczas używanych formularzach należy przedkładać Namiestnictwu w okresach czasu cztero-tygodniowych, licząc tydzień od niedzieli do soboty. Część tygodnia przejściowego przypadającą na rok 1889, należy wliczyć do pierwszego okresu, tak iż pierwszy czterotygodniowy wykaz właściwie będzie obejmować czas od 1go stycznia, do 2go lutego, ostatni zaś od 8go do 31go grudnia 1889 r.

Wykazy te należy odrębnie dla każdéj choroby zakaźnéj prowadzić, a więc należy wykazać wszystkie gminy, w których panuje każda poszczególna choroba, a nadto podać sumę powiatową dla każdéj choroby zakaźnéj, tak jak to dotychczas niemal wszystkie Starostwa (z małemi wyjątkami np. Brody, Kołomyja) przedkładały. Nie wszystkie Starostwa podają liczbę mieszkańców w gminach nawiedzonych chorobą nagminną. Co się tyczy ospy, to należy jak dotąd uwzględniać, czy chorzy byli szczepieni lub nieszczepieni, a w uwadze na samym wykazie należy podać ilość wykonanych szczepień z konieczności i rewakcynacyi.

Na każdym wykazie powinno być dokładnie w nagłówku napisane, jaki okres czasu tenże obejmuje.

Lekarze rządowi są odpowiedzialni za dokładne sporządzanie tych wykazów, jak niemniéj za rychłe przesłanie tychże Namiestnictwu i należy je z ominięciem wszelkiéj zbytecznéj i rozwlekłéj manipulacyi przedkładać w terminie dotychczasowym. Jeżeli więc np. wykaz pierwszy obejmujący okres czasu od 1go stycznia do 2 lutego 1889 nie będzie w Namiestnictwie w piątek dnia 8 lutego, wykaz drugi zaś 8go marca itd., wówczas będzie na koszt winnego wysłany telegram z przypomnieniem. Wykazy te mają bowiem służyć najwyższéj Radzie zdrowia jako materyjał do zamierzonych peryjodycznych ogłoszeń, więc muszą być w należytym czasie przedkładane Wys. Ministerstwu. Tak samo sporządzone wykazy mają w tym samym terminie przedkładać Magistraty m. Lwowa i Krakowa.

III. Zarówno dla zamierzonych publikacyj ck. najwyższéj Rady zdrowia, jakotéż i dla zapewnienia uregulowanego nadzoru nad większemi szpitalami przez władzę polityczną, mają począwszy od 1go stycznia 1889 wszystkie szpitale publiczne, jakotéż i większe szpitale prywatne co najmniéj o 50 łóżkach, przedkładać miesięczne wykazy o ruchu chorych na formularzach lit. C. dotychczas używanych do rocznych wykazów statystycznych, z opuszczeniem rubryki o wydatkach na utrzymanie.

Pp. Prezydenci m. Lwowa i Krakowa, jakotéż i ci pp. Starostowie, w których powiecie znajdują się szpitale powszechne i szpitale prywatne najmniéj o 50 łóżkach, zechcą zatém w najkrótszym czasie zawezwać dyrekcyje tych zakładów, aby wykaz miesięczny za styczeń 1889 przedłożyły w dwu egzemplarzach najdaléj do 10 lutego (i tak daléj za każdy ubiegły miesiąc najdaléj do 10 dnia następnego miesiąca) w najkrótszéj drodze wprost do Namiestnictwa. Z przesłanych dwu egzemplarzy jeden będzie pierwszą pocztą przesłany Wys. Ministerstwu, drugi zaś pozostaje do użytku urzędowego w c. k. Namiestnictwie.

Szpitale prywatne mające co najmniéj 50 łóżek są następujące: Szpital sióstr Miłosierdzia we Lwowie, szpital dla dzieci św. Zofii we Lwowie i św. Ludwika w Krakowie i szpitale izraelickie we Lwowie, Krakowie, Brodach, Tarnopolu i Tarnowie.

Formularzy do tych wykazów mają Dyrekcyje szpitali nabyć z c. k. drukarni nadwornéj i państwowéj.

IV. W końcu zawiadamia się Pana, że c. k. najwyższa Rada zdrowia uznaje to jako rzecz nader pożądaną, aby wszelkie zmiany w stanie personalu lekarskiego, a w szczególności wszelkie opróżnienie posad w publicznéj służbie zdrowia władz i gmin, niemniéj wiadomości o otwarciu nowych zakładów leczniczych i humanitarnych, aptek, jakotéż we wszystkich ważniejszych zdarzeniach sanitarnych, jak najrychléj dochodziły do powszechnéj wiadomości. Nie podlega wątpliwości, że przez to obudziłoby się żywsze zainteresowanie się dla spraw zdrowotnych, że pomnożyłyby się starania o opróżnione posady w publicznéj służbie zdrowia i że dałby się przez to uzyskać odpowiedniejszy rozdział lekarzy.

Zwraca się przeto uwagę Pana na to życzenie najwyższéj Rady zdrowia z tém, aby sporządzone przez podwładne im organa sanitarne notatki w powyższym kierunku z ominięciem wszelkich trudności manipulacyjnych za pośrednictwem Namiestnictwa z napisem *für den obersten Sanitätsrath* do Ministerstwa spraw wewn. przesyłali.

Lwów, dnia 21 grudnia 1888. *Badeni.*

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 4 b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry, odnoszące się do śmiertelności w grudniu r. z. Umarło w tym miesiącu 167 osób, co w stosunku na rok i 1000 mieszkańców wynosi z obcymi 26·5, bez obcych 19·6. Z chorób zakaźnych było 10% ogółu zmarłych. Z płonicy umarło 4, z błonicy 8, z tyfusu brzusznego 1, z tyfusu osutkowego 2, z czerwonki 1, z gorączki połogowéj 1 osoba. Namiestnictwo wydało rozporządzenie o prowadzeniu dokładnych wykazów sanitarnych. Mleko poprawia się ciągle i dochodziło w grudniu do 4% tłuszczu. Ogrzewalnia męska na Kazimierzu jest dzięki pełnym poświęcenia tercyjarzom w porządku, czego skutek widać i po mniejszéj, niż w innych latach o tym czasie, liczbie chorych w szpitalu. W końcu zastanawia się nad projektem Magistratu względem zapobiegania chorobom zakaźnym, przedewszystkiém za pomocą desinfekcyi i instrukcyjami dla miejskiego zakładu desinfekcyjnego. Uznano konieczność obowiązkowéj desinfekcyi w chorobach zakaźnych i wydania rozporządzenia, iż dzieci po przebyciu chorób zakaźnych dopiero wtedy mogą znów uczęszczać do szkół publicznych lub prywatnych pensyjonatów, gdy okażą świadectwa władzy miejskiéj o dokonaniu u siebie desinfekcyi. Nakoniec wezwano Magistrat do ułożenia projektu instrukcyi dla desinfekcyi mieszkań, poczém wszystkie instrukcyje odnoszące się do desinfekcyi pójdą jako wniosek komisyi sanitarnéj pod zatwierdzenie Rady miejskiéj.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Obaliński mężczyznę, u którego dokonał wycięcia nerwu dolnoszczękowego z powodu nerwobólów według własnéj metody. Z kolei przyjęto do wiadomości sprawozdanie komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha, a w końcu odbyła się dyskusyja nad zmianami mającemi nastąpić w statucie Tow.

* JE. p. Minister Oświecenia podwyższył dotacyję roczną tutejszego zakładu fizyjologicznego z 600 na 1200 zł. a.

* W przejeździe z Konstantynopola bawił w Krakowie przez dni parę Dr. med. książę Żagell z Grodna, gruntowny znawca Turcyi, Egiptu i Indyj angielskich.

* W skład Rady sanitarnéj dolnoaustryjackiéj na 3-lecie 1889—1891 wchodzą: referent sanitarny Dr. Karajan, członkowie przez Rząd mianowani: b. fizyk wiedeński Dr. Innhauser, fizyk Dr. Kammerer, dyrektor szpitala na Wiedeniu Dr. Lorinser, prymaryjusz szpitala żydowskiego prof. Oser, dyrektor szpitala Rudolfa Dr. Ullmann, lekarz powiatowy w Hernals Dr. Witlačil, członkowie mianowani przez Wydział krajowy: dyrektor zakładu dla obłąkanych Dr. Gauster, prof. Kratschmer oraz członek nadzw. weterynarz krajowy Dr. Werner.

* Nowo założyć się mająca szkoła lekarska wojskowa francuska będzie miała siedzibę w Lyonie.

* Dr. Metzger z Amsterdamu, znany masażer, osiadł stale w Wiesbadenie.

* Fundusz, mający na celu zachęcenie do badania uleczności gruźlicy, zebrany dotąd we Francyi, wynosi przeszło 76.000 franków.

* W Hali stanie niezadługo zakład higijeniczny. W ostatnich latach utworzono katedry dla higijeny w Berlinie (Koch), we Wrocławiu (Flügge), w Gietyndze (Wolffhügel), w Gryfii (Löffler), w Marburgu (Rubner). W Austryi dotychczas urządzono katedry dla higijeny tylko w Wiedniu i w Pradze, a byłby czas, żeby Wydział lekarski krakowski rozpoczął kroki względem uzyskania takiéj katedry w Uniw. Jagiell.

Rosyja. (*J. T.*) Profesorowie tomskiego uniwersytetu, wchodząc w potrzeby niezamożnych studentów, ofiarowali na ten cel należące im za pierwsze półrocze (resp. drugie) r. z. honoraryjum w ilości 1214½ rubli sr.

Dr. Zedderholm, l. 65 liczący, b. lekarz dywizyi w Nowogrodzie, zadał sobie 2 ciężkie w brzuch rany, nie będąc w stanie znosić bólów nerkowych.

Ministerstwo spraw wewnetrznych zgodnie z wnioskiem komitetu weterynaryjnego postanowiło, aby nadal szczepienia dżumy bydła, z wyjątkiem doświadczeń w klinikach weterynaryjnych i warsz. szkoły weter., stanowczo niedozwalać; szczepienie zaś innych zaraźliwych chorób wykonywać tylko za pozwoleniem departamentu lekarskiego i pod kontrolą miejskiéj lekarskiéj i weterynaryjnéj władzy. Takie ścieśnienie wykonywania nadal inokulacyj głównie wywołaném zostało w skutek smutnych rezultatów szczepienia choroby sybirskiéj, od czego padło 3584 sztuk owiec w gubernii taurykiéj.

W Humaniu zaszedł niedawno smutny fakt, jakiego dotąd nie zapisano w rocznikach ross. medycyny: wojskowy lekarz Łazarz Chackielewicz, starozakonny, 38 lat mający, u pewnéj kobiety wykonał cięcie cesarskie, po którém na drugi dzień zmarła. Operacyja dokonaną została bez chloroformu i bez udziału innych kolegów, li tylko przy pomocy felczerów. Usłużni koledzy, którzy dokonali sekcyi zwłok, podpisali protokół, z którego wynikało, że nie było wskazania do operacyi i że pacyjentka zmarła w skutek nieprzestrzegania wymogów antiseptyki. Sąd okręgowy uniewinnił Chackielewicza, dzięki znakomitéj i prawdziwie koleżeńskiéj ekspertyzie kijowskich profesorów: Mincha, który dowodził, że wskazaniem do operacyi było rakowate zwyrodnienie szyjki macicznéj, co stwierdził i akuszer ekspert Perlis, i Rineka, który bronił sposobu dokonanéj operacyi, aczkolwiek, zdaniem jego, antiseptyka nie odpowiadała w zupełności wymaganiom naukowym. Inaczéj jednak na tę sprawę zapatrywała się Izba sądowa: uznała Dra medycyny Chackielewicza winnym, iż nie mając dostatecznych wskazań wykonał cięcie cesarskie, operował niestosując się do ustawy lekarskiéj, bez doświadczonych pomocników i przy niedostatecznych środkach lekarskich. Postanowiła przeto: zabronić Chackielewiczowi praktyki, dopóki nie złoży nowego lekarskiego egzaminu i nie otrzyma świadectwa, iż zna rzecz swoją dostatecznie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** B. docent prywatny w Gracu, a obecnie asystent przy zakładzie fizyjolog. w Lipsku Dr. Oton Drasch mianowany został nadzw. profesorem histologii i embryjologii. — **Lipsk.** Dr. Vierordt powołany tu został jako kierownik polikliniki. — Asystent Dr. Rudolf Beneke habilitował się jako docent anatomii patolog.

* **Odznaczenia.** Radca dworu i b. referent sanitarny Dr. Franciszek Schneider mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów a prof. chirurgii w Insbruku Dr. Karol Nicoladoni otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zastępcami lekarzów asystentów w rezerwie Drowie Teodorowicz Franciszek w Przemyślu, Grünwald Adolf, Perlstein Adolf, Ciastoń Eugieni, Gramatyka Wojciech i Palka Mieczysław w Krakowie.

* **Nekrologija.** W Ems umarł tajny radca sanitarny Dr. Orth, lekarz zdrojowy, ojciec profesora anatomii patolog. w Getyndze.

W Wiedniu umarł Dr. Leopold Wittelshöfer, b. właściciel i redaktor tygodnika *W. med. Wochenschrift* licząc lat 71. W ostatnim numerze przed Nowym Rokiem odezwał się po raz ostatni do czytelników, oświadczając gotowość popierania nadal pisma, które założył i przez lat 37 redagował.

* Na fundusz wdów i sierot po lekarzach złożyli w dalszym ciągu na ręce kol. Litticha we Lwowie koll. Majewski 5 złr., Olpiński, Broniowski, Lachowicz Zdz., Bielański, Tyralski po 3 złr., Dzikowski, Zgórski, Filewicz, Barzycki, Reizes, Wągrowski, Lukas po 2 złr., Kramarzyński, Spausta, Lech po 1 złr.

Przy téj sposobności nadmieniamy, że w składce lekarzy szpitalnych św. Łazarza w Krakowie wziął udział i kol. Harajewicz syn.

Administracyja *Przeglądu Lek.* na ten sam cel otrzymała od prof. Borysiekiewicza w Insbruku 5 złr.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 52: Florkiewicza: Kilka uwag nad objawami promienicy u ludzi. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Jasińskiego: *Astasia congenita* (z 8 fototypami); Puławskiego: Przyczynek do rozpoznawczej wartości HCl.

Redakcyja otrzymała:

Doc. Dr. JAWORSKI: Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka (według badań uskuteczn. w klinice prof. Korczyńskiego). (Odbitka z *Gazety Lekarskiéj*, 1888), in 8vo, str. 11. — St. ZALESKI: Znaczenie chimii dlia kultury i czelowieczestwa. Metod eja prepodawanija. Tomsk. 1888, in 12, str. 20. — Dr. J. FERRAN: Revendication de la priorité de la découverte des vaccins du choléra asiatique. Barcelone, 1888, in 8vo, str. 94. — Dr. J. KARLIŃSKI: Poszukiwania nad wpływem jodoformu na grzybki ropotwórcze. (Odbitka z *Przegl. Lek.*, 1888), in 8vo, str. 18. — Prof. OBALIŃSKI: Eine neue Methode gemischter Narkose. (Odbitka z *W. klin. Woch.*, 1888), in 8vo, str. 10. — Dr. GRABOWSKI: Bericht ü. d. Section f. öff. Gesundheitspflege des V. Congr. poln. Aerzte u. Naturf. in Lemberg. (Odbitka z *Oestr. Sanitatsbeamte*, 1888), in 8vo, str. 9. — Dr. J. SCHREIBER (w Meranie): Zur Behandlung gewisser Formen v. Neurasthenie u. Hysterie d. Weir-Mitchel Cur. (Odbitka z *Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 52), in 8vo str. 16.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Monachijum: Otrzymaliśmy i czyniąc zadosyć życzeniu szan. kolegi umieścimy jak najrychléj. — **Dr. M. w Berlinie:** Prosimy o dalszą pamięć i przysyłanie wprost do redaktora.

We środę dnia 16go bm. o godz. 5 popoł. (t. j. przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) odbędzie się w sali posiedzeń Akademii Umiejętności Zgromadzenie ogólne XIII Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, na które szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa zapraszam. *Prof. Dr. Korczyński.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 16 stycznia r. b. o godz. 6éj **wieczór w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém 1) prof. Browicz okaże i opisze: Przypadek pierwotnego mięsaka barwikowego kości. 2) Kol. Pieniążek opisze przypadek wyjęcia rurki tchawicznéj (kaniuli tracheotomijnéj ¡wpadłéj do prawego oskrzela. 3) Kol. Obaliński mówić będzie: O wtórorzędnéj, czyli skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj, niedrożności jelit.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 19 Stycznia 1889. Nr. 3.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam. 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Z powodu zmiany zaszłéj w Administracyi Przeglądu Lek. upraszamy Szan. Kolegów o pobłażanie na przypadek, gdyby z początku w ekspedycyi miała się okazać jakaś nieprawidłowość, prosząc zarazem o zwracanie się z reklamacyjami lub zażaleniami wprost do Administracyi pod adresem: Zakład fizyjologiczny, Collegium Physicum.

I. Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Podał Dr. Justyn Karliński.

Nowsza higijena położywszy sobie za zadanie zbadanie tych sił przyrody, od których według wszelkiego prawdopodobieństwa powstanie i rozwój chorób zależeć może, jako takie przyjęła powietrze, jakiém człowiek oddecha, wodę, którą pije i ziemię, na któréj żyje. Już stare zabytki, jakie nam cywilizacyja przekazała, wskazują na to, że pewne pojęcia o szkodliwości i wpływie pewnych wód, formacyj geologicznych lub prądów powietrza oddawna właściwemi były rodowi ludzkiemu. Tak znane już były Hipokratesowi [1]) szkodliwe lub pomyślne dla zdrowia mieszkańców okolice, przed któremi współobywateli ostrzega, znane mu było szybkie gnicie wód opadowych, których używania bez poprzedniego zagotowania lub odsączenia odradza, zna on już wodę „twardą“ i „miękką“, poucza, gdzie zakładać należy studnie, zna zimnicę do pewnych przywiązaną okolic i przypisuje występowanie jéj używaniu wody stojącéj i gnijącéj, a zaprzeczyć się nie da, że wiadomości swe czerpał z tradycyi przodków, u których ślady racyjonalnego pojmowania związku między zdrowotnością osad a ich miejscowém położeniem dotychczas studyjować można.

Zdania wygłoszone przez Hipokratesa snują się jakby nić przewodnia w dziełach Galena [1]), Celsa [2]) i Dioscoridesa [3]), a jeżeli Grecy przekazali nam teoretyczne zapatrywania i podstawy higijeny, to Rzymianie wprowadzili je w życie. Niezmiernym kosztem wybudowane wodociągi Rzymu przetrwały socyjalne urządzenia państwa i dziś jeszcze jako wzór racyjonalnéj budowy służyć mogą; nie brak też w głęboko w ustrój społeczeństwa rzymskiego sięgających rozporządzeniach i ustawach dowodów, jak dalece pojęcie o warunkach bytu jednostki w umyśle ustawodawców i władców oddźwięk znalazły.

Owa wzmianka Thukididesa [4]) o zatrutych studniach podczas zarazy w Atenach snuje się po rozlicznych podaniach wieków średnich; kto wie, czy pośrednio nie wpłynęła na postawienie teoryi o przenośności chorób zakaźnych drogą wody, teoryi, która dla tego właśnie, że dla pojęcia ogółu dostępna wielu znalazła adeptów w czasach, kiedy istotna przyczyna chorób tych badaniu dostępną nie była, teoryi, która i dziś z prawdziwą szkodą dla umiejętności niemal panującą się stała wśród pojęć o powstawaniu i rozwoju epidemij.

Nie da się zaprzeczyć, i tego nigdy teoryja lokalistyczna, postawiona przez twórcę doświadczalnéj higijeny Pettenkofera, nie usiłowała, że pewne objawy chorobowe zatrucia tą drogą wywołane być mogą. Nie brak dowodów, że ciężkie objawy zatrucia ołowiowego (zna je już Galen i genijalny

[1]) Περὶ ἀέρων, ὑδάτων, τόπων *Hippocratis opera omnia. Edit. Kühn.* 1825, Tom I.

[1]) Ὑγιεινῶν λόγοι (*de sanitate tuenda libri VI*). — [2]) *Cornelii Celsi de medicina libri VIII.* — [3]) *Pedanii Dioscoridis Anazarbei: De materia medica libri X. Edit. Kühn*, 1829. [4]) *Von der Pest in Athen.* Tłumaczenie S. Eyerla wraz dodatkiem o zarazie w Egipcie podczas wojen francuskich P. Assaliniego. Wiedeń 1810.

Piotr Frank[1]), zatrucia miedzią[2]), arsenem[3]) odnieść wypada do wadliwych urządzeń wodociągowych; nikt nie przeczy, że jaja pasorzytów zwierzęcych tą drogą do ustroju ludzkiego dostać się mogą, jak to dla tasiemca Knoch[4]), dla *Distomum haematobium* Griesinger[5]), dla glist Mosler[6]) znaleźli, że pewien związek między matołectwem i wolem a wodą[7]) w okolicach górskich zachodzić może; żeby jednak rozwój epidemij duru, cholery lub febry żółtéj tą drogą do skutku przychodził, jak to wyż wspomniana teoryja, dziś głównie przez francuską i północno-niemiecką szkołę głoszona, chce, niedostarczono ani jednego wolnego od zarzutu dowodu.

Ojczyzną teoryi téj była Anglija, ojcem jéj Snow[8]), gdzie już od samego powstania nie wielkiém cieszyła się uznaniem mimo poparcia, jakiego jéj Radcliffe[9]) i Farr[10]) udzielili, w Niemczech z wystąpieniem cholery w r. 1854 przeciwstawił jéj Pettenkofer[11]) swoje zapatrywania a mimo znalezienia prątka cholery w wodzie stawowéj w Indyjach przez Kocha[12]) i przywiedzionych przezeń napozór za teoryją przemawiających faktów, które niebawem w źródłowém dziele Cunninghama[13]) z nieubłaganą ścisłością krytyce poddane zostały, pojęcia te, rozszerzone na podstawie długoletnich studyjów nad dur i zimnicę, dały podstawę szkole lokalistycznéj i epidemijologicznemu kierunkowi badania.

Równoczesność faktów, bynajmniéj nie stała, chęć poparcia teoryi okolicznościowém znalezieniem właściwego zarazka w wodzie, oto broń, jaką szkoła kontagijonistyczna walczy, co prawda ma za sobą dobrą wiarę ogółu, któremu zdanie „tu leży przyczyna", więcéj niż zdanie „tu jéj szukać należy" imponuje. Teoryi kontagijonistycznéj wystarcza odkrycie zarazka chorobę wywołującego, jakim istotnie są dla duru prątek Gaffkego, dla cholery prątek przecinkowy Kocha; one drogą wydzielin jelitowych dostawszy się do wody lub pokarmów w odpowiednim ustroju chorobę, a przez to epidemiję, wywołać mogą. Tłumaczenie, gdyby prawdziwém było, nader proste, podczas gdy teoryja lokalistyczna, jak to już na innném wspomniałem miejscu, potrzebuje do wytłumaczenia powstania epidemii tegoż samego zarazka, dyspozycyi miejscowéj, czasowéj i indywidualnéj. Dla niéj zarazek ten nie spoczywa w wodzie lub musi być z Indyj przywiezionym, on spoczywa w ziemi, tu przemianę niejako odbywa, tu byt jego od stanu wody gruntowéj, przepuszczalności i przesiąknięcia podłoża zależy, ztąd ze zmianą tychże warunków uwolniwszy się, drogą powietrza do ustroju ludzkiego usposobionego odpowiednio dostaje się. Popierają teoryję tę długoletnie obserwacyje związku między stanem wody gruntowéj a powstawaniem epidemij, popierają zapiski z przebiegu ostatniéj epidemii cholery, obecność miejsca, jakie przez cholerę w jéj „pochodzie" nawiedzone nie zostają, popierają nowsze badania nad zachowaniem się grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Niniejsza praca podjętą została w celu przekonania się, czy grzybki chorobotwórcze w wodzie do picia przeznaczonéj trzymać się mogą, a jéj wyniki skłoniły piszącego do przychylenia się do teoryi lokalistycznéj. Piszący bez uprzedzenia zabrał się do dociekania téj kwestyi, podjął badania swoje w pierwszéj części w Insbruku, drugą część pracy swéj wykonał w zakładzie higijenicznym w Mnichowie za zachętą prof. Pettenkofera.

Jak to już na wstępie niniejszéj powiedziałem był pracy, jedyném poparciem dziś szeroko głoszonéj teoryi, że rozwój epidemij duru i cholery drogą wody do picia przeznaczonéj do skutku przychodzi, jest jednokrotne znalezienie prątka przecinkowego cholery w wodzie nadbrzeżnéj stawu w pobliżu Kalkuty w Indyjach angielskich i rozrzucone po pismach naukowych wzmianki o znalezieniu prątka durowego w wodzie studziennéj, wodociągowéj lub wreszcie rzecznéj w czasach epidemicznego występowania duru brzusznego. Przyznam się, że wykazanie tworów tych w wodzie właśnie dla tego, że w czasie epidemicznego występowania miało miejsce, wcale mnie nie zadziwia, gdyż tak z powietrza, jak nawet z kału osób chorobą już dotkniętych dostać się mogły, dla wytłumaczenia jednak związku między znalezieniem prątka swoistego w wodzie a rozwojem epidemii potrzeba jeszcze czegoś więcéj, potrzeba stałego przez cały czas trwania epidemii badania bakteryjologicznego, obserwacyi, czy istotnie prątek ten bodaj przez dłuższy czas tamże trzymać, żyć i rozmnażać się jest w stanie; tych dowodów brak teoryi kontagionistycznéj, brak jéj wolnych od kardynalnych zarzutów poszukiwań nad zachowaniem się grzybków chorobotwórczych w wodzie do picia przeznaczonéj. Pojawienie się pracy Gaffkego[1]), któremu pierwszemu udało się napotykane przez Ebertha[2]), Kocha[3]) i innych w narządach osób z duru brzusznego zmarłych twory prątkowe odosobnić i poza ustrojem wyhodować, stanowi ważną epokę w badaniach nad etyjologiją téj choroby. Późniejsze badania Fraenkla, Simondsa[4]), Beumera i Peipera[5]) Chantemesse-Widala[6]), Pfeifra[7]), Rehera[8]), Seitza[9]) i innych, potwierdzające dostrzeżenia Gaffkego, rozszerzają znakomicie zakres wiadomości nowszych o biologicznych cechach i patogenetycznem znaczeniu prątka tego, tak że jak na teraz z całą ścisłością w uwzględnieniu wszystkich cech, jakie nowsza bakteryjologija od grzybków chorobotwórczych wymaga,

[1]) *System einer vollständigen Sanitätspolizei*, 1878. T. III, str. 425. — [2]) Pappenheim: *Beiträge zur Sanitätspolizei.* IV, str. 49. — [3]) Tardieu: *Dictionaire d'hygiène pub.* III, str. 35. — [4]) *Virchow Archiv*, XXIV, str. 453. — [5]) *Das Wesen der tropischen Chlorose. Arch. f. physiol. Heilkunde.* 1866. str. 381. — [6]) *Virchows Archiv*, XVIII, str. 248. — [7]) Kratter: *Der alpine Cretinismus.* Graz, 1884. — [8]) *On the mode of communication of Cholera.* Londyn, 1855. — [9]) *Ninth Report of the med. officer of the Privy Council.* Londyn, 1867. — [10]) *Report on de Choler. epidem. of 1866 in England.* Londyn, 1868. — [11]) *Untersuchungen u Beobachtungen über die Verbreitung der Cholera.* München, 1855. *Neun aetiologische u. prophylactische Sätze. Vierteljahrschrift f. Gesundheitspflege*, 1877. *Verbreitungsart der Cholera in Indien. Zeitschrift f. Biologie.* IX, 1873. *Boden und Grundwasser in ihren Beziehungen zu Cholera u. Typhus. Zeitschrift f. Biologie*, V, zeszyt 2. — [12]) *Bericht des Leiters der deutschen wissenschaftlichen Commision zur Erhebung der Cholera. Berl. klin. Woch.*, 1883—1884. — [13]) *Die Cholera. Was kann der Staat thun sie zu verhüten?* Braunschweig, 1885. —

[1]) *Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. Mittheilungen des k. Gesundheitsamtes.* T. II. — [2]) *Ueber Organismen beim Typhus. Virchows Archiv.* T. 81 — 83. — [3]) *Untersuchung von pathogenen Organismen. Mittheil. aus dem k. Gesundheitsamt.* T. I., str. 45. — [4]) *Die aetiologische Bedeutung des Typhusbacillus.* Hamburg, 1886. — *Weitere Untersuchungen über die Aetiologie d. Abdominaltyphus. Zeitschrift f. Hygiene.* T. II. — [5]) *Bacteriologische Studien über die aetiologische Bedeutung d. Typhusbacillus. Zeitschrift f. Hygiene.* T. I—II. — [6]) *Le bacille typhique. Le courrier médical*, 1887, Nr. 2. *Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoide. Arch. de physiol. norm. et path.*, 1887. — [7]) *Ueber den Nachweis der Typhusbacillen im Darminhalt und Stuhlgang. Deutsche med. Wochensch.*, 1885. — [8]) *Zur Aetiologie d. Abdominaltyphus. Arch. f. experimentelle Pathologie.* T. XIX. — [9]) *Bacteriologische Studien zur Typhusfrage.* München, 1886. —

prątek ten za istotną przyczynę zmian chorobowych mianem duru brzusznego objętych uważać należy. Niestety prątek ten posiada nader mało wybitnych cech charakterystycznych, odróżniających go wśród wielkiéj rodziny grzybków prątkowych, a mianowicie jeszcze względnie najlepszą cechą prątka tego jest wejrzenie hodowli na zjałowionych ugotowanych ziemniakach, cecha jednak wcale nie stała. Tu prątek ten tworzy warstwę gołém okiem nie dającą się od podłoża odróżnić a jednak dającą się drucikiem platynowym podnieść warstwę niekiedy przy dłuższém pozostawieniu w ciepłocie podwyższonéj przybierającą odcień żółtawy. Inną cechą prątka tego jest szczepienie na zwierzętach, tu udaje się otrzymać przekrwienie i powiększenie śledziony, obrzęk gruczołów chłonicznych i gruczołów Payera, objawy polegające według nowych badań nie na działaniu prątków, lecz jadu przez prątek ten wytworzonego, owéj dziś niestety mało jeszcze zbadanéj typhotoksyny Briegera. Wzrost hodowli prątka durowego na ziemniakach, dotychczas jedyna cecha ułatwiająca nam odróżnienie prątka tego od innych jemu podobnych tworów, jak to już poprzednio zaznaczyłem, bynajmniéj nie jest stałym. Jak to Fraenkel i Simonds [1]) oraz Ali Cohen [2]) wykazali, prątek durowy nie zawsze na ziemniakach tworzy ową gołém okiem niedostrzegalną warstwę, lecz owszem okazuje dość często odmienne zachowanie, zdaje się zależne od wieku prątków, od alkalicznego oddziaływania podłoża, niekiedy od rodzaju ziemniaków do hodowli użytych.

Posiadam hodowle prątka durowego, pochodzące wprost od prof. Gaffkego z zakładu higijenicznego w Berlinie, prątki te przeszczepione na 18 jałowych zalkaleskowanych płytek z ziemniaków, 9 razy dały obraz odmienny od typowego, były to już warstwy makroskopowo dostrzegalne barwy białawéj, jużto rosły zajmując całą powierzchnię ziemniaka z odcieniem żółtawym, jużtéżto gromadziły się tylko do miejsca dotkniętego pręcikiem platynowym, na którym nieco pierwotnéj znajdowało się hodowli. Ponieważ jak wiadomo mimo wszelkiéj ostrożności hodowle czyste grzybków na ziemniakach nie zawsze się udają, gdyż dostęp zarodków obcych z powietrza przy manipulacyi téj jest możliwy, skłonny byłem owe odmienne od typowych kolonije uważać za twory z powietrza opadłe, z prątkiem durowym nic wspólnego nie mające; dla pewności jednak przedsięwziąwszy ponowne badanie z uwzględnieniem dotychczas powszechnie używanych pożywek przekonałem się o „czystości“ znalezionych hodowli a przeszczepiając na całą seryję nowych kartofli przekonać się mogłem, że znalezione odmiennym wzrostem cechujące się grzybki przecież były prątkami Gaffkego, gdyż na nowych ziemniakach występował ów charakterystyczny wzrost, tak że pojawienie się atypowych hodowli jedynie przyrodzie użytych ziemniaków przypisać należy. Przy badaniu bakteryjologiczném wód w okolicy Insbruku udało mi się z wody Innu wyhodować prątek, którego hodowle na pożywce 10% gelatynowéj i na ziemniakach zupełnie podobnemi były do hodowli prątka durowego; gdy jednak celem dokładnego zidentyfikowania znalezionego grzybka, przedsięwziąłem równocześnie przeszczepienie na rozmaite podłoża i rozszerzyłem badania moje na pożywki mniéj używane, jak pożywkę mlekowo-gelatynową pani Raskin, na alkaliczne białko Tarchanowa, na pożywkę gelatynowo-białkową Rosenthala, na kwaśno oddziaływającą pożywkę gelatynową 5—10%, oraz na badanie zachowania się w próżni powietrznéj, wśród zupełnego braku tlenu i wśród atmosfery kwasu węglowego, pokazały się wybitne i stałe różnice, gdyż znaleziony prątek rósł dobrze na kwaśném podłożu, przyjmował barwę żółtawą rosnąc na silnie alkaliczném białku Tarchanowa, rósł świetnie przy kompletnym braku tlenu. Gdybym w danym przypadku nie stosował przeróżnych pożywek i zmienionych warunków bytu, mógłbym znaleziony w wodzie rzecznéj prątek uważać za prątek durowy. Systematyka bakteryjologiczna dopóty, zdaniem mojém, ustaloną być nie może, dopóki biologiję pojedynczych znalezionych grzybków jedynie na dotychczas używanych pożywkach studyjować będziemy. Wynalezienie nowych pożywek, dokładna obserwacyja cech biologicznych wśród rozmaitych warunków bytu, badanie chemiczne a w szczególności dokładne studyjum rozwojowe rozszerzyć są w stanie zawiłe i ciemne kwestyje w téj dziedzinie, ich rozjaśnienia po botaniczno-fizyjologiczném badaniu tworów tych spodziewać się mamy prawo. (C. d. n.)

[1]) l. c. str. 138. — [2]) *De Typhus bacillus. Een experimenteel en kritisch enderzoek. Inaug. Dissert.* Groninga, 1888.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIII i XIV.

Przyczynek do kazuistyki samobójstwa.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Ze wszystkich przez Franka przytoczonych 20 przypadków najważniejszym jest przypadek z zakładu sądowolekarskiego wiedeńskiego, dokładnie opisany. D. 28 września 1884 r. przybyła pieszo na III oddział chirurgiczny szpitala powszechnego w Wiedniu kobieta lat 64 licząca, podając, że obrażenie na głowie sama sobie zadała siekierą. Oprócz zajęcia sensorium nie było innych uderzających objawów mózgowych; umarła ona w szpitalu d. 4 października, a ponieważ podanie jéj o samookaleczeniu się nie zdawało się być dostatecznie wiarogodném, zarządzono sekcyję sądową, którą prof. Hofmann wykonał dnia następnego. Znaleziono na czole ranę szczelinowatą, 11ctm. długą, rozpoczynającą się między wewnętrznemi końcami łuków okołbrwiowych i przebiegającą prosto ku górze. Rana ta przechodziła od góry w 2 kąty ostre, pomiędzy którémi wisiał płat skórny; szerokość rany wynosi do 5cm., w dnie jéj widać szczelinę w kości; równolegle do prawego brzegu rany 2 inne rany ½ i 1ctm. od brzegu odległe, po 2cm. długie, o brzegach ostrych, powierzchowne; z lewéj strony rany głównéj podobna rana równoległa, a nieco ku tyłowi i na prawo od niéj większa, bo 3½cm. długa rana. Na palec poniżéj zagubu łokciowego prawego rysa poprzeczna 16mm. długa, w środku przedramienia 3 podobne, równoległe rysy; 7 takich rys znajduje się, 2—4 cm. długie, równolegle tuż obok siebie umiejscowionych po stronie wewnętrznéj lewego stawu ręcznego, 10 zaś w zagubie kolanowym prawym a 4 w lewym. W kości czołowéj szczelina sięgająca od gładyszki wzdłuż byłego szwu czołowego a kończąca się na 2cm. poniżéj szwu wieńcowego, 7cm. długa, do 3cm. szeroka, brzegi jéj w części dolnéj na wewnątrz ugniecione, w górnéj ostre; w blaszce zewnętrznéj, z okostny ogołoconéj, w odstępach ½—1ctm. od brzegu 7 małych, powierzchownych pęknięć, równoległe do szczeliny głównéj przebiegających; na blaszce wewnętrznéj wzdłuż brzegów szczeliny liczne małe odszczepy i krew brudna ścięta. Opona twarda mózgu odpowiednio do głównéj szczeliny kostnéj przerwana, o brzegach ostrych, również zatoka sierpowata w długości 1ctm. przedarta; na brzegach małe odszczepy blaszki szklistéj. Powierzchnia wewnętrzna opony twardéj powleczona po obu stronach cienką warstwą ropy śmietankowatéj; opony miękkie równie w części czołowéj ropiasto nacieczone. Część przodkowa zwoju czołowego

górnego prawego w objętości orzecha laskowego aż do istoty białéj czerwono rozmiękła, małe wybroczyny okazująca; w otoczeniu tego miejsca opony podbiegłe; reszta mózgu niedokrewna, ciastowata.

Orzeczenie prof. Hofmanna opiewało jak następuje:

1) Najbliższą przyczyną śmierci było ropne zapalenie opon mózgowych.

2) Zapalenie to wywołane zostało przez obrażenie głowy, a w szczególności przez złamanie kości czołowéj, a więc w sposób gwałtowny.

3) Złamanie to, jak niemniéj wszystkie w otoczeniu znalezione z przodu ku tyłowi przebiegające rany powłok czaszkowych, wywołane zostały przez silne uderzenie narzędziem twardem a zarazem ciężkiem, prawdopodobnie siekierą, a ilość cięć, wywołanych ostrzem, wynosić musiała co najmniéj 9—10. W szczególności złamanie główne kości czołowéj powstało nie skutkiem jednego, lecz więcéj a co najmniéj dwóch uderzeń.

4) Gdy wszystkie, przecież liczne rany skupione są na stosunkowo małym a dla własnéj ręki badanéj łatwo przystępnym obszarze a wszystkie w jednakim kierunku prawie równolegle od siebie przebiegają z przodu ku tyłowi, gdy nadto kilka z nich zaledwie skórę przedzielają, już z powodu tych stosunków nasuwa się domniemanie, że obrażenia te nie ręką obcą lecz własną ręką badanéj zadane zostały w zamiarze samobójczym, domniemanie, które staje się pewnikiem z powodu okoliczności, że na płaszczyźnie wewnętrznéj obydwóch przedramion, a w szczególności na stronie wewnętrznéj lewego stawu ręcznego i w obydwóch zagubach kolanowych znaleziono liczne, gęste obok siebie umiejscowione, i równolegle do siebie powierzchowne cięcia poprzeczne w skórze, które niewątpliwie pochodzą od usiłowanego przecięcia naczyń krwionośnych i oczywiście zdziałane zostały własną ręką badanéj.

Samobójstwo przez cięcia zadane w głowę jest wprawdzie zdarzeniem rzadkiém, jednak już kilkakrotnie spostrzeganém, a doświadczenie poucza, że do tego niezwykłego rodzaju samobójstwa uciekali się kilkakrotnie obłąkani, tak że usprawiedliwionêm jest domniemanie, że i badana mogła dopuścić się czynu w stanie zboczenia umysłowego.

Orzeczenie to, które pod względem stanowczości nic nie pozostawia do życzenia, wydał prof. Hofmann pomimo, że z wywiadów, zasięgniętych po sekcyi sądowéj, okazało się, iż zmarła żyła w warunkach dobrych, że synowi dopomagała w gospodarstwie codziennie, że jednak miała coś szczególnego w sobie i nikomu nie zwierzała się. Syn nie przypuszczał samobójstwa, sądząc, że rany śmiertelne matki musiały powstać skutkiem spadnięcia jéj ze stołu lub stołka podczas czyszczenia obrazów. Mimo to każdy doświadczony lekarz sądowy pisać się musi na powyższe orzeczenie.

Wracając do naszego przypadku, wyznać muszę, że jest on pierwszym, który w 25-letniéj praktyce sądowolekarskiéj mi się nasunął, nie wiadomo mi też, czy ktoś z kolegów w kraju widział przypadek podobny. Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że samobójstwa przez uderzenie zadane w głowę są bardzo rzadkie, ale właśnie dla tego liczyć się z niemi należy. Przypadek nasz przedstawia wiele analogij z przypadkami przez Franka zebranemi a głównie z ostatnim przypadkiem Hofmanna i dla tego, gdyby on był mi się zdarzył w mojéj prywatnéj praktyce sądowolekarskiéj, nie byłbym ani na chwilę się zawahał i orzekł stanowczo, że nastąpiło samobójstwo a jeżeli Wydział uchwalił stylizacyję ostrożniejszą, to w zasadzie nic przeciw niéj mieć nie mogłem, skoro w rezultacie to samo osiągnięto. Jeżeli zaś, polegając na doświadczeniu, przypuszczałem taką kolej obrażeń, że denata zadała sobie najprzód rany powierzchowne w okolicy serca, następnie poderznęła gardło a w końcu dopiero chwyciła za siekierę i zadała sobie rany głowowe, to z przypadków wyżéj przytoczonych wynika, iż i odwrotna koléj wcale nie należy do rzeczy niemożebnych, lecz owszem już spostrzeganą była, a mianowicie, że denata mogła sobie zadać naprzód 8—9 cięć w czoło, następnie uchwycić sierp i poderznąć sobie gardło a wreszcie końcem dzióbiastym tego sierpa zarysować sobie okolicę serca. Że bowiem pomimo ciężkiego obrażenia czaszki i mózgu mogła być zdolną do dalszych powikłanych nawet czynności, aż nadto jasno wynika z powyższéj kazuistyki. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Eiselsberg: **Doświadczalne przyczynki do etyjologii tężca.**

Streściwszy dotychczasowe badania nad etyjologiją tężca, opisuje autor 6 przypadków typowych, towarzyszących obrażeniom rozmaitego stopnia. W dwu przypadkach przystąpił tężec do złamań skomplikowanych kości, raz wystąpił po oderwaniu palca z następową zgorzelą, w 3 do obrażeń części miękkich. Rany w wszystkich przypadkach zanieczyszczone były ziemią, piaskiem, gnojem lub też drzazgami drzewnemi. Hodowle z krwi osób tężcem dotkniętych nie udały się; podobnież wypadło szczepienie nią zwierząt zresztą na tężec tkliwych, w wydzielinie udało się znaleźć charakterystyczne prątki tężcowe, a szczepieniem ziemi z piwnicy, w któréj obrażenie nastąpiło, równie jak i szczepieniem drzazg, z których jedna $2^1/_2$ roku, a drugie 14 miesięcy zasuszone były, zdołał wywołać u zwierząt tężec. Czystych hodowli prątka tężcowego nie udało mu się otrzymać, podobnie jak się to wszystkim dotychczas w przedmiocie tym pracującym nie udało. Prątki te znachodził w wydzielinie ropnéj w miejscu obrażenia powstałéj, pomięszane z innemi prątkami i grzybkami ropotwórczemi, prątki te właściwe rosły jedynie w głębi pożywki. (W jednym przypadku, obserwowanym przezemnie, typowego, śmiercią kończącego się tężca noworodków przeszczepiłem kroplę cieczy surowiczéj z okolicy zapalenia tkanki podskórnéj dotkniętego pępka na kilka epruwetek z surowicą krwi wołowéj. W 8 miu w ten sposób posmarowanych i skrzepłą pożywką wypełnionych epruwetkach nie powstał wzrost jakiegobądź grzybka, w jednéj wystąpiło zmętnienie cieczy kondensacyjnéj, osiadającéj na dnie epruwetki. W 2 sporządzonych preparatach znalazłem wśród wielkiéj ilości grzybków okrągłych nieliczne cienkie drobne prątki 0.9—1·3 p. długie, które jednak charakterystycznego zachowania się zarodników nie okazywały. Szczepiąc myszy odrobiną cieczy téj, w jednym przypadku nie otrzymałem żadnego rezultatu, mysz druga, zaraz po zaszczepieniu (pod skórę grzbietową) okazywała nieruchliwość, po 6ciu godzinach osiadła skulona (z zgiętym kabłonkowato grzbietem) w kącie klatki, okazywała wielką wrażliwość na potrącanie i szelest, i zdechła po 8miu godzinach. Kurczów nie spostrzegałem. Przy oględzinach oprócz miernego powiększenia śledziony nic szczególnego nie znalazłem; natomiast w preparatach z krwi i śledziony sporządzonych wielkie nagromadzenie grzybków drobnych okrągłych, gdzieniegdzie w gronka ułożonych, a szczepiąc je na pożywkę gelatynową, surowiczą i agarową stwierdziłem obecność obu grzybków ropotwórczych *Staphylococcus pyogenes aureus* i *Staphylococcus pyogenes albus*, równie jak i z reszty cieczy kondensacyjnéj, pierwotnéj jedynie grzybki te wyhodować mogłem. Rozchodziło się tu więc, podobnie jak w jednym przypadku, spostrzeganym przy doświadczeniach Eiselsberga, o gwałtownie przebiegające zakażenie ogólne grzybkami ropotwórczemi. Prątków wyżéj wspomnianych wyhodować nie byłem w stanie. W ostatnich czasach kilkakrotnie mogłem spostrzegać występowanie chwilowe kurczów odnóg i grzbietu oraz wielką wrażliwość na potrącenie i szelest u świnek morskich, którym do krwi wstrzyknąłem hodowlę prątka gnilnego Zenkera, objawy jednak zbyt przemijające, aby je za tężec uważać można). (*Wr. klin. Woch.* 1888, 10—13).

Dr. J. Karliński.

Terapija.

Rabinowicz: **O leczeniu masażem.**

Przez masaż rozumie się szereg zabiegów, mających przeważnie na celu ułatwienie wessania wysięków, przesięków i wybroczyn, przyspieszenie krążenia krwi, ukojenie bólu

i zwiększenie napięcia układu mięśniowego. Metzger przyjmuje 4 postacie zabiegów: 1) *effleurage*, łagodne i powolne gładzenie dłonią miejsca chorego w kierunku dośrodkowym; 2) *massage à friction*, mocniejsze nacieranie w kółko lub w kierunku dośrodkowym; 3) *petrissage*, uciskanie choréj części ciała, podobne do mieszenia ciasta; 4) *tapotement*, szybkie, następujące po sobie mniéj lub więcéj silne uderzenia ręką, pięścią, młotkiem itp.

Znaczenie fizyjologiczne tych zabiegów jest następujące: Gładzenie i nacieranie w kierunku dośrodkowym, w skutek ucisku, wywieranego na chore części, rozdrabnia wytwory patologiczne, nagromadzone w tkance, pomaga mechanicznie wstąpieniu ich do naczyń limfatycznych i dalszemu ruchowi w tychże. Równocześnie w skutek ucisku na żyły w kierunku serca i rozszerzania naczyń włosowatych i tętniczek w skutek podrażnienia nerwów naczynio-ruchowych przyspiesza się krążenie, co również ułatwia wessanie. Uciskania i uderzania używa się w razie wypocin więcéj zbitych. Uderzania działają na mięśnie podobnie jak mechaniczne podrażnienie fizyjologów. Choroby, w których zastosowano masaż z dobrym skutkiem, są następujące: 1) najczęściéj używa się go we wszystkich przypadkach uszkodzeń urazowych, połączonych z krwotokami, zmiażdżeniem miękkich części, wyciągnięciem ścięgien i wiązadeł. We wszystkich podobnych przypadkach następuje wyleczenie za pomocą masażu znacznie szybciéj, niż przy zwykłém leczeniu okładami i t. d.; 2) Choroby przewlekłe stawów. Masaż jest tu wybornym środkiem w połączeniu z gimnastyką bierną w razach t. zw. skurczu stawów, a także puchliny stawów; 3) Choroby ostre mięśni, zapalenie gościowe. Podług Schreibera postępowanie to jest tak pewném, że jeżeli po dwu lub trzykrotném masowaniu w ciągu sześciu godzin bóle się nie zmniejszą, znaczy to, że przyczyną ich nie jest gościec mięśniowy. 4) Gościec przewlekły mięśni. 5) Ostry gościec stawowy. 6) Zanik mięśni i zmniejszenie się ich siły i czynności. 7) Porażenia i nerwobole. 8) Zaparcie stolca nawykowe. W tych przypadkach wywiera się ucisk na zwoje splotu słonecznego i podbrzusznego, przez co odruchowo zwiększa się ruch robaczkowy jelit. 9) Skrzywienia stosu p. 10) Dławiec. 11) W chorobach ocznych, w t. zw. *hypopion* masując powieki, w t. zw. *episcleritis acuta*, w zapaleniu pryszczawkowém spojówki, i w zapaleniu miąższowém rogówki, w ostatnim przypadku z wyjątkiem jeżeli jest bolesną i sprowadza stałe podrażnienie ciała rzęskowego. 12) Choroby kobiece. 13) Wreszcie masaż ma wielki wpływ na ogólne odżywianie ustroju.

W końcu odczytu ubolewa autor, że pomimo tak wielkiéj ilości przypadków, w których zastosowanie masażu dało bardzo dobre rezultaty, nie jest on jeszcze w Rossyi rozpowszechnionym między praktykującymi lekarzami, którzy zdaniem jego całkiem niesłusznie uważają masaż za czynność ubliżającą ich powadze i stanowisku społecznemu.

(*Chirurgiczeskij Wiestnik* 1888 str. 738). *A. W.*

Medycyna wewnętrzna.

Honigmann (Giessen): **O przewlekłem wydzielaniu soku żołądkowego.**

To co wielu badaczy a między nimi i szkoła krakowska nazywa przewlekłém nadmierném wydzielaniem soku żołądkowego (*hypersecretio chronica*), nazywa H. asystent Riegla, w ślad za swoim profesorem i jego szkołą, przewlekłém ciągiém wydzielaniem soku żołądkowego (*secretio continua*). Zdaniem H. niewiele dotychczas opisano przypadków prawdziwéj hypersekrecyi; z pomiędzy ogromnego szeregu w tym kierunku badających, mieli je opisać tylko Reichman, Jaworski i Riegel, licznych przypadków innych autorów nie można zaliczyć do prawdziwych hypersekrecyj. Ponieważ zdania co do pojęcia objawów, wyników badań bardzo jeszcze są podzielone, podaje H. nowych 32 przypadków prawdziwego przewlekłego nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i stara się na podstawie ich utworzyć w duchu swojéj szkoły dla tego cierpienia obraz kliniczny, stały, którego się wszyscy trzymać mają. Chorzy doznają uczucia gniecenia w żołądku po jedzeniu, odbija im się kwaśno, stan ogólny odżywienia znacznie podkopany, niekiedy cherę przypominający, język obłożony, tętno zwolnione, (54 uderzeń na minutę należy do rzadkości), błony śluzowe i skóra sucha, bolesność w okolicy żołądka przy dotyku, w 5—6 godzin ból w żołądku dobrowolny, żołądek rozszerzony, co wypukiem i przysłuchem (pluskanie) wykazać można, wymioty nie muszą się przydarzać, pompowanie żołądka w kilka godzin (5—7) po jedzeniu daje sporą ilość płynu, o kwasocie średnio 0·3%; zależy ona od ilości płynu, (u jednego chorego, u którego wyciągnięto 1 litr płynu, było 0·5% kw. solnego, co czyni już 5·0); zwykle znajduje się w nim cząstki mięsa niestrawionego; treść żołądka na czczo wydobyta zawiera także kwas solny do 0·25%; często napotyka się w żołądku wrzody (na 30 przyp. w 13 je napotkano); chorzy tacy mają zwykle wilczy apetyt, nie nasycają się jednak, przeciwnie muszą niekiedy sami sobie wywołać wymioty dla ulżenia bólów; pragnienie zwykle wzmożone; stolec zaparty; H. nie wie sam, co podać jako przyczynę tego cierpienia i powątpiewa, czy można za Jaworskim obwiniać o to nieodpowiednie żywienie się (cebula, śledzie i inne drażniące potrawy), jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że mączki szkodliwie w téj chorobie działają. W dalszym ciągu nie zgadza się H. z podziałem Jaworskiego nieżytu tego na kilka okresów, gdyż jego zdaniem nie można wykazać przejścia z jednego okresu w drugi. Co do leczenia nie wiele podaje nowego. szkoła krakowska znacznie pierwéj niż wszystkie inne podała wiele racyjonalnych wskazówek. Na uwagę tylko zasługuje, że przeciw brakowi łaknienia poleca wino kondurango jako lek najlepszy, przeciw bólom żołądkowym w nocy występującym „zatrudnienie" go, a więc np. jajo na twardo ugotowane, które znosi bóle niekiedy zupełnie. (*Münch. med. Woch.*, 1887, Nr. 48, 49, 50).

H. K.

Chirurgija.

Gluck i Bernhardt: **Wyleczenie porażenia urazowego nerwu sprychowego za pomocą t. zw. następowéj** *suture nerveuse à distance.*

Gluck przytacza dotychczas używane sposoby przywrócenia czynności w przeciętym nerwie, którego końców bezpośrednio zeszyć nie było można, i opisuje sposób, który sam wykonywa, polegający na tem, że łączy oba odcinki nerwu za pomocą odwapnionéj rurki kostnéj lub za pomocą katgutu. Przez to, gdy odcinek dośrodkowy nerwu zaczyna bujać, włókna nowo wytworzone rozwijają się w kierunku najmniejszego oporu t. j. wzdłuż katgutu względnie kości i w ten sposób łatwiéj dosięgają odcinek odśrodkowy tak, że może nastąpić zupełne wyleczenie. Sposób ten jest skutecznym nawet wtedy, jeżeli brak dość znacznego kawałka nerwu. Zarazem opisuje G. przypadek w ten sposób wyleczony. Chorego tego skaleczono 15 sierpnia 1887 nożem po zewnętrznéj stronie ramienia, 2 cm. ponad linią stawową. Ranę zaraz lekarz opatrzył i nastąpiło wyleczenie po 3 tygodniach, jednak pozostało zupełne porażenie nerwu sprychowego. Wskutek tego wykonał G. drugą operacyję: odszukał oba przecięte końce nerwu, oddalone od siebie o 5 cm., i nie mogąc ich w żaden sposób zbliżyć do siebie, ani za pomocą naciągania, ani przez stosowne ustawienie odnogi, zeszył je po odświeżeniu brzegów za pomocą katgutu. Rana zagoiła się w przeciągu 10 dni, polepszenia czynności jednak nie było. Teraz objął dalsze leczenie Bernhardt i po 10 miesięczném elektryzowaniu chory odzyskał władzę w zakresie przeciętego nerwu, choć przy badaniu za pomocą prądu elektrycznego można było zawsze wykazać upośledzenie czynności tego nerwu.

Przypadek ten dowodzi najpierw, że zeszycie takie może sprowadzić wyleczenie, powtóre, że leczenie następowe trwa długo i pomimo początkowo złego rezultatu nie należy przed upływem roku uważać leczenia za bezowocne i zaprzestawać. (*Berl. kl. Woch.* 1888 Nr. 45). *Dr. Rościszewski.*

Choroby kobiece.

Koettnitz: **O peptonuryi podczas ciąży.**

Wykazanie peptonu w moczu należy uważać za ważny objaw kliniczny, mogący niekiedy przyczynić się do rozpo-

znania téj lub innéj choroby. Peptonuryja zaledwo od kilku lat znana ma już swoją pokaźną literaturę i podane są dla niéj różne teoryje: Jaksch przypuszcza jako przyczynę zjawienia się jéj rozpad ropy, bo ją znalazł w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc w okresie rozdzielenia się wypociny, w wysiękach ropnych opłucnowych, oponowych, we krwi znaleziono bowiem pepton w moczu podczas gnilca i chorób zakaźnych krwotocznych, w przewodzie pokarmowym w przebiegu spraw wrzodziejących w jelitach, w otruciach fosforem i w połogu. Zdaniem K. nie trzeba wcale myśleć o tylu przyczynach, lecz trzeba przypuścić jednę przyczynę, a to żywy rozpad białka w ustroju i wydalenie tych istot rozpadowych. Nie może zatém peptonuryja mieć znaczenia rozpoznawczego w chorobach niektórych, bo spraw chorobowych, w których przychodzi do rozpadu białka w ustroju, jest niezliczona ilość. Za to udało się K. wykazać stan chorobowy podczas ciąży, dla którego, zdaniem jego, peptonuryja jest cechą patognomoniczną, ma nim być obumarcie płodu podczas ciąży. Jeżeliby się w większéj liczbie przypadków (K. wykazał go w trzech) sprawdziło podanie K., zyskalibyśmy w peptonuryi objaw kliniczny, którym wcale nie można pogardzać wtedy, kiedy wykazanie życia lub obumarcie płodu jest jeszcze niemożliwe, tj. w pierwszysh miesiącach ciąży; kiedy mierzenie ciepłoty w macicy, jako objaw obumarcia płodu, nie jest zupełnie pewnym (Schröder) w niektórych razach nawet nieprzyjemnym sposobem badania. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 30). *H. K.*

Gnauck: **O zachowaniu się nerwic po operacyjach ginekologicznych.**

W przebiegu nerwic występujących w następstwie chorób części płciowych kobiecych lub równocześnie z niemi, przystępuje się do operacyi ginekologicznéj albo aby nerwice lub grupę jednę objawów nerwowych od razu usunąć, albo operuje się mimo istniejącéj nerwicy dla zadosyćuczynienia pewnemu wskazaniu, albo aby przez poprawę stosunków chorobowych w częściach rodnych umożliwić leczenie nerwicy. Biorąc te trzy możliwe zajścia za podstawę do swéj pracy, zastanawia się G. nad każdą grupą z osobna. Przez usunięcie cierpienia w częściach rodnych udało się rzeczywiście już nieraz *eo ipso* usunąć całkowicie cierpienie nerwowe, po usunięciu torbiela jajnika ustały w jednym jego przypadku omdlewania i nadczułość ogólna choréj, która w towarzystwie mężczyzn przebywając, doznawała urojeń że ją chcą zgwałcić, wyciął G. z błony dziewiczéj zgrubiałe, bolesne miejsce, które za dotknięciem wywoływało kurcz pochwy, rozdrażnienie nerwowe i wymienione wyżéj uczucie.

Mimo istniejącéj nerwicy operuje się na częściach rodnych nierzadko dla zadosyćuczynienia wskazaniu, jeśli np. są częste krwotoki, nowotwory i t. p., operuje się wtedy wiedząc, że operacyja może cierpienie nerwowe jeszcze spotęgować; u jednéj choréj wyciął G. macicę i jajniki z powodu guzów, chora przed operacyją okazywała różne objawy nerwowe; nie ulegało wątpliwości, że kastracyja je tylko jeszcze powiększy; tymczasem stało się inaczéj, chorą uwolniono od samogwałtu, któremu się przez 2 lata blisko oddawała, i do którego się dopiero po operacyi przyznała a tém samém i objawy nerwowe zwolna ustępowały.

Że wyleczenie cierpień części rodnych może korzystnie wpłynąć na następowe leczenie cierpienia nerwowego, o tém wiedzą już teraz same kobiety, idąc najpierw do ginekologów a potém do neurologów. Z drugiéj strony nie ulega wątpliwości, że po operacyi podobnéj może się choroba nerwowa zrazu lekko tylko zaznaczona na dobre rozwinąć albo może wcale poprzednio nieistniejąca wystąpić; zdaje się, że takie osoby są już dziedzicznie obciążone. (*Deutsche med. Woch.* 1888. Nr. 36). *H. K.*

○ **Podwójne łożysko w ciąży jednem dzieckiem.** Na ostatniém październikowém posiedzeniu paryskiéj Akademii lekarskiéj Dr. Guéniot przedstawił podwójne łożysko znalezione w przypadku ciąży jedném dzieckiem. Wielkość każdego z dwu łożysk odpowiadała wielkości łożyska w 7 lub 8 miesiącu. Sznurek z początku pozornie pojedynczy dzielił się tuż przed rozejściem się do łożysk na dwa, naczynia krwionośne były równo między nie rozdzielone. Mało przypadków tego rodzaju opisano w dziełach położniczych, a przypadki takie mogłyby mieć znaczenie z sądowolekarskiego punktu widzenia: np. kobietę w razie wykazania porodu jedném dzieckiem z dwoma łożyskami możnaby posądzić o dzieciobójstwo, tj. że poród był bliźniętami, z których jedno zgładzono. (*The Lancet*).

Choroby uszne.

I. Althaus: **Przyczynki do patologii i leczenia dzwonienia w uszach.**

Dzwonienie w uszach wywoływuje zawsze stan chorobowy podrażnienia nerwu słuchowego, rzadziéj ośrodków tegoż a może mieć najrozmaitsze przyczyny, które koniecznie trzeba dokładnie znać, aby usunąć ten tak męczący, czasem cały układ nerwowy rozstrajający przypad. Pośród chorób usznych najczęściéj zapalenie zlepne ucha środkowego i choroby błędnika bywają przyczynami tego zaburzenia. W takich przypadkach są na miejscu zabiegi mechaniczne i chirurgiczne przeciw wymienionym chorobom ucha, a ostrożne zastosowanie prądu galwanicznego przeciw dzwonieniu. Ogólnemi przyczynami powyższego cierpienia mogą być ogólne zaburzenia w krążeniu, w chorobach serca i nerek, daléj w niedokrewności, macinnicy a takie nrzypadki wymagają odpowiedniego ogólnego leczenia. Dzwonienia wywołanego chininem, salicynem, morfinem, chloroformem, wyskokiem nie trzeba bynajmniéj uważać za objaw obojętny, polega ono bowiem na istotnych zmianach (nawałach i wynaczynieniach krwi), a wymaga nietylko odstawienia wymienionych środków, lecz nawet natychmiastowego używania przeciwbodźców blisko ucha zewnętrznego. Rzadsze postacie odruchowego dzwonienia, wychodzące z nerwów głowy i rdzenia pacierzowego, znikają po wyleczeniu miejscowego cierpienia (bóle twarzy, zębów, choroby płuc, macicy). Dzwonienie jako objaw pewnych chorób mózgu i jego błon polega na zajęciu ośrodkowych dróg nerwu słuchowego i ośrodków słuchowych. W takich razach trzeba spodziewać się dobrego skutku po leczeniu galwaniczném, które jednak wymaga ścisłego elektrycznego badania; w niektórych bowiem przypadkach anoda, w innych katoda największy skutek sprowadza. (*Centralblatt f. kl. Med.* 1888 Nr. 37). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) **Przeciw czyrakom ucha zewnętrznego** i muszli, sprowadzającym już przez same umiejscowienie swoje znaczne bóle i przypady wymagające szybkiego wyleczenia, poleca jako najlepsze z własnego doświadczenia Grosch przeciw bólom wkraplanie 5—2% rozczynu kokainu, a dla przyspieszenia zropienia **okłady z octanu glinowego**, które się w ten sposób robi, że się wkrapla do ucha pełno tego rozczynu i przykłada zwykłą watą; już po kilku godzinach ustają bóle zupełnie, po 2 dniach ulega czyrak całkowitemu dobrowolnemu wessaniu, albo nie przychodzi wcale do zebrania się ropy albo, jeżeli się już zebrała, do zagęszczenia, i stłuszczenia takowéj. Sposób ten zaleca wszystkim lekarzom do doświadczania w odpowiednich przypadkach, zalecany nie dla reklamy lecz jako pewny i zbawienny. (*Berl. klin. Woch.* 1888. Nr. 18).

Choroby skórne.

Herxheimer (Frankfurt n. M.): **W sprawie leczenia** *lichen ruber planus.*

Jako środek jedynie w *lichen planus ruber* skuteczny polecił Hebra arszenik wewnętrznie. Mimo to polecono potém różne leki, wrzekomo znakomicie działające; między innemi polecił Pawlik maść jodoformową, Ihle resorcynę, Unna podał sposób jedynie zewnętrzny t. j. wcierania maści karbolowo-sublimatowéj, Hallopeau każe nacierać zewnętrznie kwasem pyrogalusowym w postaci maści obok arszeniku podawanego w pigułkach. W ostatnich czasach wrócono znowu do samego arszeniku (Köbner). H., idąc za radą lekarzy amerykańskich, stósował przeciw wymienionéj chorobie chryzorabin zewnętrznie z bardzo dobrym skutkiem, nie widząc po nim nigdy nawrotu cierpienia, który po arszeniku tak często się zdarza. Chcąc jednak otrzymać należyty wynik, nie należy się zadowolić kilkorazowém posmarowaniem, lecz należy go stósować aż do zupełnego zniknięcia wykwitów. Prywatnie zapytany prof. Neisser, o ile i z jakim skutkiem chryzorabin w téj chorobie stósował, potwierdził w zupełności

zdanie pytającego się co do skuteczności leku wymienionego przeciw *lichen planus ruber*. (*Berl. klin. Woch.* 1888 Nr. 37). *H. K.*

Choroby oczne.

Prof. Otto Becker: O wyłuszczeniu i wypatroszeniu gałki ocznéj.

Dr. O'Doeuch: Sprawozdanie z 500 wyłuszczeń gałki ocznéj.

Od roku 1863, kiedy Albrecht Graefe ogłosił pierwsze dwa przypadki śmierci po wyłuszczeniu gałki z „*panophthalmitis*" skutkiem ropnego zapalenia opon mózgowych, kwestyja wskazań i przeciwwskazań do téj i pokrewnych jéj operacyj nie przestaje zajmować świata okulistów. Zrodzone w ogólnym popłochu nowe sposoby operacyjne, mające w podobnych wskazaniach zastąpić niezupełnie bezpieczną enukleacyję, z drugiéj zaś strony krytyczniéj pojmowana statystyka obok zmienionych poglądów na przyczyny ropienia, ożywiły znowu w ostatnich czasach znacznie dyskusyję nad tą sprawą, w któréj świeżo, prawie równocześnie, odezwały się dwa poważne głosy.

Praca Beckera opiera się na statystyce, zebranéj przez poprzedników z dołączeniem nowego przez siebie zestawionego materyjału. Przedewszystkiem wynika z niéj jasno, że 3‰ zejść śmiertelnych po wyłuszczeniu wedle podań Graefego i Weckera jest za wysoki. B. rozbierając krytycznie ogłoszone przypadki oblicza procent ten na 2‰, nie wszystkie bowiem przypadki śmierci notowane w literaturze uznać można za skutek enukleacyi. Ogółem liczy autor 43 znanych dotąd zejść niepomyślnych, z tych 39 przypada na „*meningitis*", z których cztery zakończyło się wyzdrowieniem, podczas gdy 4 razy nastąpiła śmierć z niezależnéj od enuklacyi przyczyny. Z 39 przypadków notowanéj „*meningitis*" przypada 20 na wyłuszczenie gałki wśród „*panophthalmitis*", 19 zaś przy braku ropienia w gałce. Jeżeli uwzględnimy fakt, że po r. 1863 mało kto wyłuszczał wśród „*panophthalmitis*", procent zejść śmiertelnych w tych przypadkach okaże się jeszcze wyższy. Nie ulega więc wątpliwości, że wyłuszczanie w „*panophthalmitis*" nierównie więcéj jest niebezpieczne niż przy oczach bez ropienia. Czyż jednak zapalenie opon mózgowych nie może powstać skutkiem „*panophthalmitis*" i bez enukleacyi? zapytuje słusznie Becker i przytacza przykłady, że tak istotnie być może. Jeżeli tak jest, to w każdym razie wskazany jest jakiś zabieg, któryby temu zapobiegł, ale jaki? Graefe z Halli i Mules zalecają gorąco swoję „ewisceracyję" gałki, głosząc o niéj, że nietylko tu ale i w wszelkich innych wskazaniach prócz nowotworów gałki metoda ta zdolną jest zastąpić enukleacyję, a wolną jest od jéj niebezpieczeństw. Enukleować więc, czy ewiscerować? Becker nie rozwięzuje stanowczo tego pytania, jak dotąd bowiem nie udowodniono wcale, żeby wypatroszenie miało dawać mniejszy procent zejść niepomyślnych niż wyłuszczenie.

Ze względu zaś na wskazania operacyjne w „*panophthalmitis*" odróżnia autor 2 przypadki: 1) albo ropienie ogranicza się do wnętrza gałki, w takim razie polecałby ewisceracyję, jako zabieg dający lepsze warunki dla protezy, albo też 2) ropienie przeszło na tkankę oczodołową, wówczas ewisceracyja jest zabiegiem co najmniéj wątpliwym i wskazanąby była enukleacyja. Rozumowanie, teoretycznie zupełnie słuszne, ale czy zgodne z wnioskami, które sam Becker wyprowadza ze statystyki?

Co do wypatroszenia gałki, to na mocy własnych doświadczeń sądzi autor, że nie zdolną ona jest wyrugować enukleacyi w przypadkach sympatycznego zapalenia drugiego oka, ale wpierwszych początkach *panophthalmitis*, dopóki ropienie nie przeszło po za ściany gałki, może z korzyścią zastąpić enukleacyję, jakkolwiek proces gojenia trwa tu nieco dłużéj i wśród większéj reakcyi. Wkładania kul po wypatroszeniu dla lepszego wyniku kosmetycznego odradza autor ze względu na ogłoszone już przypadki powstałego ztąd zapalenia sympatycznego.

Jak widzimy praca B. kwestyi stanowczo nie załatwia, co też łatwo pojąć, zważywszy, że w statystyce téj brak dat porównawczych co do liczby zejść niepomyślnych „*panophthalmitis*" bez enukleacyi i po takowéj, a powtóre brak tu rozdziału na okres przed-i antiseptyczny, co naszem zdaniem w kwestyi tego rodzaju jest rzeczą pierwszorzędnéj wagi, nie podobna bowiem wątpić, że w okresie antiseptycznym procent zejść niekorzystnych musiał znacznie zmaleć. („*Die Universitäts-Augenklinik in* Heidelberg").

O'Doeuch korzysta wyłącznie z okazałego materyjału Knappa, obejmującego 500 enukleacyj. W całéj téj liczbie ani jednego przypadku *meningitis*, żadnego zejścia śmiertelnego, mimo, że w 21 przypadkach operowano wśród „*panophthalmitis*". Raz tylko zanotowano przebieg nieprawidłowy, ograniczający się do ropnia powieki górnéj. Na uwagę zasinguje, że O'Doeuch liczy się już w układaniu statystyki z wpływem antiseptyki, jakkolwiek daty, jakie przytacza, nie wystarczają do wyprowadzenia jakiegoś pod tym względem wniosku, jak się bowiem dowiadujemy, Knapp dopiero od roku począł większą wagę przykładać do postępowania „przeciwgnilnego", podczas gdy przedtém poprzestawał na prostém obmyciu powiek zwykłą wodą. Rezultaty zaś nie mogły się zmienić, bo i tam wyniki były dobre. Obawy przed enukleacyją w „*panophthalmitis*" uważa O'Doeuch za przesadzone, jakkolwiek nie radzi wyłuszczać przy nasilonéṁ bardziéj zapaleniu, oświadczając się za nacięciami w tym okresie, aby zniweczyć wprzódy objawy zapalne, a późniéj dopiero przystąpić do enukleacyi.

O wypatroszeniu gałki wyraża się dość skeptycznie nie przyznając mu żadnych zalet przed enukleacyją, a nawet przeczy twierdzeniu, jakoby kikut miał trwale większą posiadać ruchomość. Enukleacyja zdaniem autora pozostanie nadal w swych nieprzedawnionych prawach. (*Knapps und Schweiggers Archiv f. Augenheilk.*). *Dr. Sroczyński.*

Farmakologija.

Sée i Gley: O strofantynie.

Działanie fizyjologiczne tego środka badali autorowie na wytworze otrzymanym przez Wartza z *Strophantus Kombé*. Strofantyn jest glykozydem występującym w kryształach bezbarwnych, rozpuszczalnym w wodzie i wyskoku, nierozpuszczalnym w zakwaszonym eterze. S. i G. badali działanie strofantynu na układ nerwowy, na narząd oddechania i krążenia i na nerki. Z wyników najważniejsze jest wzmożenie siły skurczu serca i równoczesne podwyższenie parcia tętniczego. Strofantyn nie przewyższa sparteinu, stoi jednak wyżéj od naparstnicy. S. i G. stosowali strofantyn w dawce 0,001—0,0016 we wszystkich chorobach serca; uważają jednak środek za wskazany przeważnie w zmianach zastawki dwudzielnéj, a szczególnie w zwężeniu ujścia żylnego lewego, nadto w rozstrzeni i przeroście serca szczególnie występującéj w przebiegu *arterio-sclerosis*. (*Le Progrès médical* 1888 Nr. 46. Posiedz. Akad. med. z dnia 13 listopada r. z.). *A. B.*

Patologija.

Prof. Bollinger: O wągrach w mózgu ludzkim.

Na 14.000 sekcyj robionych w Zakładzie anatomopatologicznym w Mnichowie znalazł B. zaledwo 25 razy tasiemca, najczęstszym gatunkiem był tasiemiec *taenia saginata*, i tasiemiec szerokoczłonki. Tasiemca długoczłonkowego znaleziono zaledwo raz, tém ciekawszą jest rzeczą, że przejściowy stan ostatniego tasiemca w postaci wągra (*cisticercus cellulosae*) znalazł R. w ostatnich czasach zaledwo dwa razy i to obydwa razy w mózgu. W pierwszym przypadku siedział pęcherzyk wągrowy jedyny w całym mózgu na powierzchni płata czołowego, za życia żadnych objawów nie było, naokoło niego okazywały opony miękkie tylko lekkie zaćmienie i zgrubienie. Ponieważ sam wągr uległ już był przemianom wstecznym więc prawdopodobnie parę lat już w mózgu się znajdował. U drugiego zmarłego na gruźlicę znaleziono w czwartéj komorze mózgu pęcherz jajowaty, wielkości małego migdała, w którego wnętrzu siedział zarodek tasiemca. Komórka sama była nieco większa, wyściółka komórki nieco zbitsza. I tu nie było za życia wybitnych objawów mózgowych, mimo że jak B. przypuszcza wągr tam już dłuższy czas znajdować się musiał. Tylko przy końcu życia skarżył się chory na zawroty głowy, dla nich jednak można było wykazać przyczynę zarówno w gruźlicy płuc jak i w niedo-

krewności daleko posuniętéj. Na szczególną zatém uwagę zasługuje zdaniem prof. B. brak objawów za życia, podczas gdy Küchenmeister na 88 przypadków, wągrów w mózgu miał 16 przypadków takich samych, t. j. bez objawów 6 razy skarżyli się chorzy na ból głowy, osłabienie, senność zawroty głowy, 21 razy były wągry w mózgu przyczyną padaczki, 6 razy wywołały kurcze, 42 razy sprowadzały porażenia połączone z chorobami umysłowemi a 23 razy były tłem dla różnych chorób umysłowych. Z tych 88 przypadków znajdowały się wągry w komórkach mózgowych 18 razy. Z 87 przypadków Dressela sekcyonowanych w berlińskim zakładzie, a dotkniętych wągrami w mózgu, znaleziono je 72 razy w komórkach mózgu. W oku znaleziono za życia wągra w Mnichowie dotychczas trzy razy. (*Münchener med. Woch.* 1888 Nr. 31). *H. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 18 z dnia 5go grudnia 1888.

Przewodniczący kol. Mars. Członków obecnych 31, jako gość kol. Pruszyński z Warszawy.

1) Przedstawionego przez komitet kol. Sroczyńskiego wybrano jednogłośnie w głosowaniu zarządzoném kartkami.

2) Prof. Blumenstok przemawia z upoważnienia komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego w sprawie zmiany statutu, uchwalonéj na ostatniem posiedzeniu i prosi o cofnięcie uchwały, odnoszącéj się do wyboru administratora, którego ma nadal wybierać komisyja redakcyjna. W głosowaniu przechodzi znaczną większością głosów wniosek 1szy, aby administratora obierano tak jak dawniéj i wniosek 2gi komisyi redakcyjnéj, że administratorem może być i nie lekarz, gdyby się wśród lekarzy nie znalazł nikt, ktoby się chciał podjąć tych obowiązków. W myśl téj uchwały może być administrator obrany nawet z poza grona Tow. Lek.

3) Przedstawioną przez komitet listę członków komisyi przedwyborczéj, do któréj proponowano członków 19, przyjęto, upraszając prof. Rydla o przewodniczenie w téj komisyi.

5) Prof. Korczyński okazuje, jako przewodniczący komisyi przemysłowéj, wyroby uznane przez komisyję i komitet Towarzystwa za odpowiednie i polecenia godne.

5) Kol. Grabowski zdaje sprawę z obrad komitetu nad wnioskami odnoszącemi się do wydawnictwa kalendarza lekarskiego. Po obszernéj dyskusyi nad tą sprawą, w któréj udział wzięli koll. Gluziński, Korczyński, Rydel, Wiszniewski, Mars i sprawozdawca komitetu, uchwalono sprawę kalendarza odesłać napowrót do komitetu Towarzystwa, celem wyczerpującego opracowania takowéj.

6) Z kolei kol. Gluziński miał wykład zapowiedziany, który będzie drukiem ogłoszony. Sekretarz, *Dr. Schaitter.*

Posiedzenie 19te z d. 19 grudnia 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 35, jako gość kol. Merunowicz ze Lwowa.

1) Zarządzono wybory funkcyjonaryjuszów Towarzystwa na rok przyszły, względnie na 3 lata. Prof. Rydel zdając sprawę z wyniku narad komisyi przedwyborczéj zawiadamia, że komisyja proponuje kol. Paszkowskiego na prezesa Towarzystwa. W głosowaniu kartkami otrzymuje kol. Paszkowski 31 głosów — jeden głos kol. Łazarski, nowowybrany prezes dziękuje i oświadcza że wybór przyjmuje. Wiceprezesem wybrano kol. Antoniego Gluzińskiego 28 głosami — 2 głosy otrzymał kol. Łazarski, 1 głos kol. Bosowski; sekretarzem dorocznym kol. Bukowskiego, kol. Wilkosz otrzymał jeden głos., kol. Bednarski również jeden głos. Redaktorem Przeglądu Lękarskiego dotychczasowego redaktora, jeden głos otrzymał kol. Kwaśnicki. Do komisyi redakcyjnéj wybrano kol. Cybulskiego (32 głosami), Obalińskiego (32 gł.), Oettingera (33 gł.) i Kwaśnickiego (34 gł.) kol. Wilkosz otrzymał jeden głos, Rydel 2 głosy, Łazarski 2 głosy, Buszek 1 głos. Delegatami do Rady zawiadowczéj Tow. Lek. gal. wybrano kol. Krówczyńskiego i Riegera we Lwowie. Sekretarzem stałym wybrano na następne 3 lata kol. Kwaśnickiego 33 głosami, jeden głos padł na kol. Grabowskiego, jeden na kol. Łazarskiego; podskarbim również na 3 lata wybrano kol. Zarewicza, jeden głos padł na kol. Godlewskiego. Obecny na tém posiedzeniu kol. Merunowicz, zawiadamia, że Tow. Lek. galic. wybrało na rok przyszły kol. Madurowicza i Rydla delegatami swymi do komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. Wszystkie wybory wypadły stósownie do wniosków komitetu przedwyborczego, a o rezultacie narad tego komitetu zawiadamia prof. Rydel jako przewodniczący. Po dokonaniu wyborów wyraził kol. Rydel uznanie ustępującemu prezesowi za gorliwe i pożyteczne kierowanie sprawami Towarzystwa przez blisko 2 lata. Przemówienie to przyjęli zgromadzeni oklaskami. Na wniosek kol. Prezesa podziękowali zgromadzeni, w ciągu posiedzenia sekretarzowi dorocznemu dotychczasowemu za odpowiednie pełnienie obowiązków.

Z kolei odczytano pismo kol. Domańskiego odnoszące się do urządzenia uczty składkowéj z końcem roku, na co się obecni zgodzili.

Wreszcie na wniosek kol. Blumenstoka zarządzono składkę na fundusz wdów i sierót po lekarzach za przykładem kol. lwowskich, którzy składki takie urządzają zamiast powinszowań noworocznych. Sekretarz *Dr. Schaitter.*

V. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

4) Jeszcze gorzéj ma się rzecz z dziedzicznością podwójną na 100 rodów występującą 16 razy; najsmutniejsze ona pociąga za sobą następstwa, bo daje cały szereg pokoleń, dotkniętych najrozmaitszemi cierpieniami umysłowemi, cały szereg spraw patologicznych, które w końcu doprowadzają do zupełnego wygaśnięcia. Wygasanie to tém prędzéj następuje, im dziedziczność więcéj skomplikowana, częściéj się powtarza, im staléj i wytrwaléj do drzewa genealogicznego przybywają nowe konary zakażone chorobą. Wygasanie według pewnéj odbywa się modły, najprzód męzka połowa wymiera, albo dotknięta zboczeniem umysłowém, albo we wczesném dziecięctwie schodzi ze świata, w rzadkich bardzo przypadkach niemoc oszczędza jedno pokolenie, jakby dla tego, aby potém ze straszniejszą wybuchnąć siłą; konary żeńskie dłużéj się opierają nieubłaganej sile spadkobierczéj, nawet niekiedy z walki wychodzą zwycięzko, może dla tego, że w kobietach naszych słabsze usposobienie do chorób umysłowych postrzegamy. Kto wie jednak, czy się to z czasem nie zmieni: system wychowania na nowych rozwinięty podstawach, walka o zdobycie równouprawnienia z męzką połową wyrówna tę różnicę, może szalę nawet na stronę płci białéj przechyli..., że jednak kwestyja ta do przyszłości dalekiéj należy, więc ją odsuwamy na stronę. Wygasaniu rodu towarzyszą rozmaite sprawy patologiczne, tak zwane somatyczne. Oto przykład; z genealogii liczącéj spory poczet antenatów obłąkańców bierzemy dwa pokolenia ostatnie; pierwsze, ojciec umiera na suchoty, matka na raka macicy, drugie: dwie córki dotknięte gruźlicą schodzą ze świata w panieńskim stanie, syn starszy, kawaler, na raka szyjki pęcherza moczowego, młodszy, kapłan, obłąkanie ogólne. W ten sposób zwiędł cały konar dość licznego gniazda. Wygasanie rodów miało miejsce i dawniéj, tutaj obok zboczenia umysłowego jeszcze jeden czynnik występował, mianowicie wojny nieustanne, a choć one obfity odsetek z ludzi zabierały, zawsze jednak dawały się powetować straty, jeśli nie stawała na przeszkodzie umysłowa choroba. Poszukajmy w naszéj historyi przykładów, może na tém polu niewdzięczném, nieprzebitą prawie zasłoną tajemnicy okrytém, uda się nam kilka przynajmniéj odpowiednich faktów odnaleźć.

Zacznijmy od Kalinowskich. Spadkobierstwo przeszło na nich po Strusiach. O tych ostatnich Niesiecki moc błędów popisał w swoim herbarzu, jak w ogóle o wszystkich

rodach, które już za jego wygasły czasów. Jerzy Struś, dzielny kasztelan halicki, z Łuszczewskiéj zostawił dwie tylko córki, bogate dziedziczki kresowe. Starsza, Helena, była zakonnicą świętego Franciszka; młodsza, Elżbieta, „niespełna rozumu, pobożna pani,“ jak pisze kroniczka współczesna, wyszła za Walentego Aleksandra Kalinowskiego, starostę kamienieckiego, który się dorabiał majątku w ziemiach ukrainnych. Z małżeństwa tego liczne pozostało potomstwo: cztery córki i trzech synów. Najstarsza Zofia, żona Rewery Potockiego, może w skutek szczęśliwego doboru pleiowego (Potoccy bowiem najmniéj liczyli obłąkanych w swojém bujnie rozrosłém gnieździe), została protoplastką dwóch linij: łańcuckiéj i tulczyńskiéj — więc dała męzkich potomków. Druga, Maryanna Helena, primo voto Mikołajowa Potocka (dzieci z nim nie miała), secundo voto żona Janusza Prusinowskiego, podkomorzego bełzkiego, jednę mu t y l k o córkę powiła; tertio voto Stanisławowa Bogucka, kasztelanowa sądecka, także bezdzietna. Trzecia, Dorota Herburtowa, żona Mikołaja kasztelana kamienieckiego, t y l k o dwie córki miała. Czwarta, Izabella Stadnicka, była żoną Jana Kazimierza. Tutaj występuje spadkobierstwo podwójne, bo po Strusiównie odziedziczone, a i mąż usposobienie do zboczeń umysłowych otrzymał po ojcu, Adamie, wojewodzie bełzkim, ten bowiem ulegał omamom i złudzeniom zmysłowym wzroku i słuchu, dosadnie przez naszego heraldyka odmalowanym. Pan wojewoda miał zatarg z Herburtem: ostatni pewnéj nocy r. 1607-go obległ go w zamku; niebezpieczeństwo było wielkie, załoga nie liczna; więc oblężony w modły do świętych patronów, do których w życiu swojém był nabożniejszy, i pocznie gorąco ich wzywać. W tém widomie staje mu przed oczy św. Ignacy Loloja, fundator zakonu Societatis Jesu (dodajmy od siebie: zmarły r. 1556 go), i mówi do niego: „A czemuż mnie téż o pomoc nieprosisz? albo nie wiesz, żem téż i ja kiedyś rycersko traktował?“ — Zdumiał się na to Adam i długo nie wiedział, co odpowiedzieć; dopiero przyszedłszy do siebie, woła: „Mój ojcze święty, i teraz proszę, i póki żyć będę opiece twojéj zawsze się polecać będę.“ Więc znikł mu z oczu Ignacy święty, a Stadnicki to, co widział, u siebie głębiéj rozważając, wkrótce zasnął.“ Już we śnie postrzegł Matkę boską płaszczem okalającą jego zamek, nad którym unosił się w powietrzu „biret kwadratowy“. Naturalnie, że po tém wszystkiem, nie tylko nieprzyjaciela pokonał, ale i pojmał swego przeciwnika Herburta [1]). Zwracamy uwagę czytelnika na tę rozmowę z nieboszczykiem w szatę cudu przyobleczoną, a właściwie będącą wynikiem chorobliwego usposobienia, *eo ipso* patologicznego stanu mózgu, — a zwracamy dlatego, że pośród bardzo często przez Jezuitę heraldyka przytaczanych tego rodzaju nadzwyczajności, powyższa nosi charakter wyjątkowy, maluje dosadnie i ducha czasu, i jednostki współczesne. Toż Ignacy Lojola w 60 lat po zgonie szuka pośród możnowładców klientów, narzuca się im ze swoją cudowną pomocą. Genezę téj gotowości do posług łatwo sobie wytłumaczyć; należy jeno zestawić daty. Napad Herburta na Stadnickiego zaszedł w r. 1607-ym, w epoce kiedy Jezuici krzątali się około zaliczenia swego patrona w poczet świętych (Ignacy Lojola beatyfikowany r. 1609-go, kanonizowany r. 1722-go), — więc ciągle o tém po szerokim rozprawiali świecie. I wojewoda bełzki o tém słyszał, może i o jego cudach kładziono mu do ucha rozmaite opowieści; w chwili niebezpieczeństwa szukał ratunku u wszystkich niebieskich mieszkańców — ale to snadź nie wystarczało, i naraz własna pamięć podsunęła mu imię kandydata do gloryi. Chwycił się go — chorobliwy nastrój dokonał reszty, — postawił przed nim kandydata do beatyfikacyi, a co większa, krótką gawędkę pozwolił z nim przeprowadzić... nawet zaprawioną wymówką, że do niego się nie odwołuje, choć Bogiem a prawdą, odwołać się do fundatora Jezuitów nie mógł, bo, jak to wyżéj powiedziano, ten do szeregu nawet błogosławionych jeszcze podówczas nie należał. Ale przepraszamy za odbieżenie od przedmiotu i zwracamy do Kalinowskich. Otoż Izabela, ze Strusiówny zrodzona, wyszła za Jana Kazimierza, syna owego wizyonisty, i „dwie mu t y l k o córki powiła“. Z trzech synów Walentego Aleksandra zrodzonych ze Strusiówny, najstarszy A d a m, starosta bracławski i winnicki, umarł kawalerem w 36-ym roku życia (1638), a przedtém rozwiązłość łączył z pobożnością. Najmłodszy J e r z y, zeszedł z tego świata bezpotomnie, a liczył zaledwie 26 lat (1628). Średni M a r c i n, wojewoda czernichowski i hetman polny koronny, wychowaniec Lowanium, jak i bracia jego, spadkobierca ich ogromnéj fortuny, ożeniony z Heleną księżnicką Korecką (także z rodu na wygaśnięciu [1]) — „jak dziecko niecierpliwy, w zdaniu swojém zaciekły,“ krótkowzroczny lubieżnik, takim pozostał do tragicznego zgonu. Oto jak go maluje Kubala: „Rządził się tylko swemi namiętnościami; oczy małe, świecące poza bujnemi rzęsami, policzki wypieczone, twarz porysowana wyrazem najsprzeczniejszych uczuć, które jakby demony jego nerwami targały; wszystko to było ś l a d e m t e g o d z i k i e g o o g n i a, który w jego starych piersiach płonął [2]). Istotnie w sześćdziesiątym roku życia zakochać się w pannie choćby tak pięknéj, jak Rozanda Lupółówna, i dla miłości téj, bądź co bądź nieprawidłowéj, narazić Rzeczpospolitą na tak olbrzymie straty, jakie poniosła pod Batogiem, i wreszcie miłość tę opłacić ofiarą własnego życia i ofiarą życia jedynaka, — na to chyba trzeba być obłąkańcem. Hetman ostatnią zimę przed katastrofą spędził w Bracławiu, otoczony licznym pocztem młodzieży. Mówiono tam więcéj o Rozandzie i jéj obronie przeciw nagabaniom matrymonialnym Tymoszki Chmielnickiego, aniżeli o obronie granic od groźnego istotnie nieprzyjaciela. Współczesny Ormianin, kupiec kamieniecki, którego natenczas zapędziły do Bracławia nadzieje zysku, wielce zgorszony pisał do krewniaka: „Na dworze hetmana uczty, a dziewek gładkich tyle, żebyś z nich chorągiew obszytą snadno wysztyftował.“ A jednak tenże hetman, jeszcze w roku 1646-ym, wybierając się na jednę z wypraw, ułożył w Winnicy testament, świadczący o jego pobożnych aspiracyjach: kościołów fundował kilkanaście w swoich dobrach ukrainnych, z należytém opatrzeniem plebanów i służby kościelnéj; w dziedzicznym Husiatynie kończył naraz dwie świątynie, a przy jednéj z nich osadził Bernardynów... Słusznie współcześni, nie lubiący go za jego niestałość w zdaniach, dumę i lekceważenie, powiadali: że ani myśleć, ani słuchać nie umiał.“ (C. d. n.)

¹) Szkice historyczne, II, 143.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie stłumienia czerwonki w kraju.
L.: 24466.

D o w s z y s t k i c h P a n ó w c. k. S t a r o s t ó w:

Z wyjątkiem Bukowiny i Gorycyi szerzy się czerwonka w kraju naszym, stosunkowo do reszty krajów koronnych i do innych państw w sposób taki, iż przybiera charakter jednéj z najwięcéj zabójczych chorób zakaźnych.

I tak umarło w sześćleciu 1879—1884 na 100.000 ludności w skutek czerwonki przeciętnie w Galicyi 95 osób (w r. 1882 nawet 140) gdy téj chorobie uległo na 100.000 ludności w krajach sąsiednich a mianowicie w Morawie i Szlązku 10 względnie 15 w innych zaś jak w Czechach 6, w Dolnéj Austryi 2·5 w Górnéj Austryi 3 a w Salzburgu 1·5 osób.

Co się zaś tyczy szerzenia się czerwonki w pojedynczych powiatach kraju naszego to nadmienić wypada, iż śmiertelność z czerwonki dosięgła w niektórych latach i powiatach kolosalnych cyfr i tak umarło w r. 1886 na 100.000 ludności w powiecie Kossowskim 674, Kołomyjskim 475, Nadwórniańskim 341, Rawskim 258, Gorlickim 330 i t. d. w r. 1885 w Kołomyjskim 424, Śniatyńskim 341, Zaleszczyckim 259, Nadwórniańskim 303.

Jak z załączonego wykazu śmiertelności z czerwonki w Galicyi w ośmioleciu 1879—1886 się okazuje, należy przy-

¹) Niesiecki, wydanie lipskie, VIII, 476.

²) Syn Karola, jéj brata, Samuel, zmarły r. 1651-go, był ostatnim po mieczu i po kądzieli.

jąć 1) iż czerwonka panuje endemicznie w powiatach Nadwódwórnie, Śniatynie, Złoczowie, Kossowie i Kołomyi; 2) bardzo zaś często występują epidemije czerwonki w powiatach: Bohorodczanach, Chrzanowie, Zaleszczykach, Wieliczce, Krakowie (powiecie), Nowym Sączu, Mielcu, Rawie, Cieszanowie, Brodach, Kamionce i Przemyślu; 3) że nie oszczędzając ani jednego powiatu w reszcie 43 powiatach epidemije się pojawiają, tylko z małém nasileniem i mniejszą śmiertelnością.

Ponieważ przy czerwonce należy podobnie jak w innych chorobach zakaźnych (cholerze, tyfusie brzusznym) odróżniać powstawanie pierwotne z przyczyn miejscowych, od szerzenia się w skutek zarażenia od chorego lub tegoż wydzielin, to jest usprawiedliwionêm przypuszczenie, że przynajmniéj w powiatach pod l. 1) wymienionych są miejscowe przyczyny, które wywołują powstawanie czerwonki, gdy do innych choroba ta przez zarażenie się dostaje i w ten sposób daléj się szerzy.

Wprawdzie badanie ścisłe (bakteryjologiczne) nie wykazało dotychczas właściwéj istoty zaraźliwéj jak np. bakteryjów lub koków w czerwonce, spostrzeżenia poczynione jednak już bardzo dawno sprawdziły, że zarazek czerwonki podobnie jak w cholerze i tyfusie brzusznym znajduje się w odchodach od chorych na czerwonkę i że przez styczność z tymi, chorobami na zdrowych się przenosi. Tak jak w cholerze i tyfusie brzusznym sprawdzono, iż zarazek tym chorobom właściwy i już dokładnie znany tylko wtenczas chorobę wywołuje, jeżeli znajdzie grunt do przyjęcia się zarazka usposobiony, tak i w czerwonce przypuścić musimy pewne szkodliwości, uspasabiające do zarażenia zarazkiem czerwonki.

W sprawozdaniach przedkładanych Namiestnictwu w razie sprawdzenia czerwonki, podają lekarze delegowani zazwyczaj tylko warunki usposabiające i sprzyjające szerzeniu się téj choroby, jak przeziębienie, błędy dyjetyczne, wpływ gruntu bagnistego i t. p.

Nie podlega jednak wątpliwości, że jakość gruntu zupełnie nie ma wpływu na powstanie epidemii czerwonki, gdyż jak z załączonego wykazu się okazuje, zarówno często powstają epidemije czerwonki na gruntach podolskich, jak i na glebie piaszczystéj, gliniastéj, wapnistéj, moczarowatéj lub kamienistéj a nie szerzą się więcéj w powiatach moczarowatych i bagnistych. Niemniéj též wzniesienie miejscowości nad poziom morza nie wywiera żadnego wpływu, gdyż zarówno często powstają epidemije czerwonki w powiatach górskich jak i w powiatach nizinnych.

Epidemije wymienione powstają w powiatach różnych stron kraju naszego o najrozmaitszéj glebie i rozmaitém wzniesieniu nad poziom morza.

Niewłaściwe żywienie się pokarmami niestrawnymi lub mało pożywnymi, jak lekarze delegowani podają np. chlebem z niedojrzałego i zepsutego zboża, spożywanie niedojrzałych owoców czasem w ogromnych ilościach, spożywanie źle upieczonych grzybów, zepsutych pokarmów jak ziemniaków, mléka kisnącego, daléj przeziębienie, wszystkie te warunki mogą się stać powodem ostrego nieżytu żołądka i jelit, który sprzyjać może rozwojowi czerwonki, one jednak same bez dostania się zarazka czerwonki do organizmu, nie wywołują prawdopodobnie czerwonki.

Zupełny brak wychodków po wsiach a nawet w małych miasteczkach, pozostawanie odchodów po całém otoczeniu domostw i po zaułkach i po ulicach, daléj źle urządzone wychodki, picie wody z sadzawek i potoków zanieczyszczonych, w końcu nieodosobnienie chorych od zdrowych, przyczyniają się niewątpliwie do rozszerzenia czerwonki w miejscowości już chorobą nawiedzonéj.

Właściwością ważną dla wykrycia przyczyny powstawania czerwonki jest daléj okoliczność, iż choroba ta rozpoczyna się rok rocznie dopiero w czerwcu (i to wcześniéj w latach ciepłych, a późniéj w wilgotnych wyjątkowo z końcem maja) że dosięga z końcem sierpnia lub początkiem września szczytu swego rozwoju, aby powoli się obniżając mniéj więcéj z końcem grudnia wygasnąć.

Statystyczny wykaz z r. 1885 np. wykazuje w czerwcu 101 chorych, w lipcu 2426 ch., w sierpniu 6988 ch., w wrześniu 4463 ch., w październiku 1337 ch., w listopadzie 711 ch., w grudniu 135 ch. — Razem chorych 16.161 a ten sam stosunek utrzymuje się rok rocznie z nieznacznymi tylko zmianami, co do pierwszego powstania czerwonki.

Prawdopodobnie występuje czerwonka pierwotnie w maju i czerwcu w niewielu miejscowościach tych powiatów, które według dat statystycznych z ostatnich lat są rok rocznie w znacznym stopniu tą chorobą nawiedzone i rozszérza się przy niekorzystnych stosunkach zdrowotnych kraju najpierw w odpowiednim powiecie późniéj zaś w sąsiednich i dalszych.

Z dat statystycznych zebranych z ostatnich lat ośmiu należy przypuścić istnienie 5 ognisk czerwonki w kraju.

Pierwsze i najgłówniejsze ognisko i prawdopodobnie siedziba czerwonki endemicznéj znajduje się w powiatach obok siebie położonych i sąsiadujących z Bukowiną lub Węgrami, są to powiaty: Nadwórniański, Śniatyński, Kossowski i Kołomyjski. Z tych powiatów przechodzi czerwonka na sąsiednie powiaty: Bohorodczany, Tłumacz, Zaleszczyki i Czortków.

Drugie ognisko tworzy powiat Złoczowski, na około którego grupują się powiaty: Brodzki, Kamionecki, Przemyślański i Zółkiewski, w dalszym zaś ciągu Rawski i Cieszanowski.

Trzecim ogniskiem czerwonki jest powiat Krakowski i Chrzanowski zkąd przechodzi na powiaty: Wielicki, Limanowski i Nowosądecki; — czwartém Bocheński, Dąbrowski i Mielecki, piątém zaś Przemyski, Mościski, Brzozowski, Krośnieński i Jasielski.

Z wyjątkiem powiatów w pierwszéj grupie wymienionych, w których czerwonka rok rocznie ze znaczném nasileniem występowała, pojawiała się ona w powiatach wymienionych w dalszych grupach w rozmaitéj sile w pojedynczych latach tak, że nieda się stanowczo oznaczyć ten powiat, który byłby pierwotną siedzibą czerwonki w wymienionéj grupie.

Daléj jest rzeczą możebną, że czerwonka bywa do niektórych powiatów zawleczoną z Bukowiny, która co do czerwonki zajmuje pierwsze najniekorzystniejsze miejsce między wszystkimi krajami koronnymi.

Najważniejszém zadaniem dla urzędników sanitarnych jest wykryć i sprawdzić: 1) w któréj miejscowości powiatu okazywały się pierwsze przypadki czerwonki 2) w któréj powstają takowe rok rocznie lub niemal co roku 3) następnie, jakie zachodzą w tych miejscowościach szkodliwe stosunki które wywołały chorobę.

Z powodu regularnego powstawania czerwonki w czerwcu, wyjątkowo w maju, musi albo zarazek czerwonkowy wytwarzać się w pokarmach używanych przez ludność w tych miesiącach, albo tenże posiada w téj porze roku korzystne warunki do rozwoju swego, czy to w wodzie, czy to w ziemi.

Ponieważ zaś tym ostatnim nie można przypisywać głównego wpływu na powstanie pierwotne téj choroby, przeto przedewszystkiem powinno się zwrócić uwagę na pokarmy, którymi się żywi ludność w tych miesiącach, a mianowicie na to, czy i jakie owoce np. niedojrzały agrest, jabłka (może z dzikich jabłoni obok domu się znajdujących) przedewszystkiem dzieci chorobie najwięcéj podlegające w miejscowości spożywają, czy w miejscowości są obfite sady, z jakimi owocami, czy ziemniaków zeszłorocznych zepsutych lub wodnistych świeżych nie spożywano przed zachorowaniem w większéj ilości i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

(A. B.) Komisyja, którą Towarzystwo lekarskie w Budapeszcie wyznaczyło w r. 1886 celem badania skutków leczenia wścieklizny metodą Pasteura, zdawała sprawę ze swych czynności na posiedzeniach tegoż towarzystwa w dniach 10 i 17 listopada r. z. Rzeczona komisyja pod przewodnictwem prof. Högyesa podzieliła się była na trzy podkomitety, z których jeden zajmował aię częścią doświadczalną i terapeutyczną, drugi kliniczną, a trzeci częścią statystyczną i higijeniczną. Nadto komisyja zajmowała się badaniem tych osób, które były pokąsane przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, i przez dalsze szczepienie badała rdzenie tych zwierząt, o ile podejrzenie było słuszne. Z 20 takich nadesłanych rdzeni skonstatowano 18 na pewno chorobowych, dwa przypadki pozostały niepewne. Materyjał, który komisyja zebrała, jest obfity i bardzo cenny i przyczynia się wielce do potwierdzenia świetnych rezultatów Pasteura. Ponieważ Pasteur jeszcze w r. 1886, nikomu środka swego (t. zw. stałego jadu) do rąk oddać nie chciał, zanimby się o skuteczności swojéj metody z zupełną pewnością nie przekonał, musiał prof. Högyes sam jad ten sobie stworzyć, a dalsze doświadczenia

okazały, że jest zupełnie identyczny z tym, którego potém udzielił Pasteur. Prof. Högyes przez szczepienie podoponowe metodą znaną z królika na królika (do 152 generacyi) otrzymywał najsilniejszy jad, odznaczający się stałym i najkrótszym czasem wylęgania choroby. Rdzenie z takich królików suszone stawały się z każdym dniem mniéj silnie trujące i służyły do doświadczeń. Posługując się coraz świeższemi rdzeniami, przyszedł prof. H. do ujemnych rezultatów, podobnie jak prof. Frisch we Wiedniu. Wkrótce jednak prof. H. przekonał się, że przyczyna tych ujemnych wyników leżała w niejednostajnéj wielkości królików, przez co wysychanie rdzeniów nie było jednakie. Błędu tego unika Pasteur w ten sposób, że używa pewnéj tylko rasy królików i to, gdy dojdą do pewnego oznaczonego wieku. Prof. Högyes z czasem uprościł i wydoskonalił metodę szczepienia przez to, że używał jednego i tego samego rdzenia świeżego w różnym stopniu rozcieńczenia rozpuszczonego w 7‰ soli kuchennéj sterylizowanéj. Sposób ten okazał się tak pewnym, że z pomiędzy 30 psów, 25 stało się nieprzystępnemi zakażeniu nawet najsilniejszemu tj. szczepieniu podoponowemu (83% wyleczenia). Przez szczepienie po zakażeniu 8 psów zakażonych przez ukąszenie wyleczono zupełnie (100%), a z 12 psów zakażonych przez szczepienie podoponowe wyleczono 4 (33·3%). W obec tego, że szczepienie pod oponę jest bezwzględnie śmiertelne, cyfry wyleczenia są świetne, a wyniki otrzymane przy leczeniu psów zakażonych najsłabszym stopniem jadu tj. przez ukąszenie (100%) dosadnie okazują doniosłą wartość szczepienia ochronnego Pasteura. Skuteczność bowiem téj metody u zwierząt zakażonych przez ukąszenie jest rzeczą niewątpliwą a jéj znaczenie praktyczne wielkie, jakkolwiek ona nie zawsze jest w stanie uchronić od choroby zwierzęcia, które w sposób niezwykły, jak przez szczepienie pod oponę, zakażone zostało. (*Wiener Mediz. Presse*, 1888. Nr. 52).

○ Apteki szkolne we Francyi. Ponieważ pomiędzy dziećmi w szkole zdarzają się czasem przypadki choroby lub uszkodzenia (zwłaszcza przy gimnastyce) zaczęto we Francyi urządzać po szkołach odrębne apteki. Zawierają one najważniejsze przedmioty potrzebne do udzielenia pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach (opatrunki, leki).

○ Zarażenie gruźlicą przy obrzezaniu. *The Lancet* ogłasza przypadek, który zdaje się być rzeczywistym, przeniesienia gruźlicy przy obrzezaniu. Rabin był suchotnikiem w wysokim stopniu i wkrótce potém umarł: zaszczepił on gruźlicę dziecku wysysając ranę napletkową, co zwykle czyni się przy obrzezaniu dla zatamowania krwotoku. Sześć tygodni potém istniał wrzód gruźliczy na prąciu. Wydzieliną serowatą tego wrzodu zaszczepione świnki morskie uległy gruźlicy. Nie ma wzmianki o tém co się stało z dzieckiem. Zaszczepienie kiły, gruźlicy itd. przy takiém postępowaniu, będącém w użyciu w większéj liczbie bóżnic, wskazuje potrzebę zaniechania tego postępowania.

○ Dnia 18 maja rb. ma być w Kolonii otwartą międzynarodowa wystawa pożywek, w któréj udział zapowiedziały dotąd Austryja, Włochy, Holandyja i Rosyja.

○ O nowéj ustawie, dotyczącéj nadzoru nad pożywkami, pisze *Rundschau f. Ph. u. Hyg.*: Sprawa w odpowiedniéj komisyi Rady państwa o tyle już postąpiła, że ustawa wkrótce będzie mogła pójść pod obrady pełnéj Rady państwa. Rząd przywiązuje jak największą wagę do tego, aby rzeczona ustawa w téj jeszcze sesyi uchwaloną została. Komisyja poczyniła we wniosku rządowym wiele zmian i zaostrzeń, nie zmieniając jednak nic w zasadach tego wniosku. Ustawa obejmuje nietylko te przypadki, w których zafałszowanie pojawia się jako skierowane wprost przeciw zdrowiu i bezpieczeństwu cielesnemu, ale podciągnięte są pod rygor téj ustawy wszelkiego rodzaju fałszowania pożywek, które zmierzają do oszukania publiczności. We wszelkich tego rodzaju fałszowaniach ma mieć miejsce sądowne dochodzenie i mają one być surowo karane grzywną lub aresztem. Nadzór nad pożywkami przekazuje ustawa gminom, które mają ustanowić inspektorów do nadzoru pożywek i sądownego dochodzenia fałszerstw. (*Der öster. Sanitätsbeamte*, 1889, Nr. 1).

(J. T.) Rosyja. W r. 1886 było w Rosyi: 4328 farmaceutów, 2110 uczniów aptekarskich, 11,149 felczerów, 381 felczerek, 968 uczniów lekarskich, 6115 akuszerek, 348 dentystów, 126 masażerów, 2531 aptek. Obliczono, że wypada 1 szpital na 33,700 mieszkańców, 1 łóżko szpitalne na 1050, 1 apteka na 42,820, 1 lekarz na 6210, 1 felczer na 8710, 1 akuszerka na 9,500 (i na 773 porodów). Ospę szczepiono u 2.709,256 osób. Badano z polecenia sądu osób 71,509, sekcyje sądowe wykonano na 16,674 ludziach, z których 9983 poniosło śmierć gwałtowną.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 17go stycznia 1889. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. Lek. krak. zagajoném piękną przemową nowo obranego Prezesa, mówił Dr. Krokiewicz: o niedrożności jelit u płodów i okazał odpowiedni preparat ze zbioru zakładu anat. patol. W ożywionéj dyskusyi nad tym wykładem brali udział prof. Obaliński, doc. Mars, prof. Rydygier, Browicz, Dr. Porębowicz, Prezes Tow. i Prelegent.

* Zmarły niedawno prof. farmakologii Schroff ojciec przeznaczył kapitał 80,000 zł. a., którego odsetki przeznaczył dla osób biednych, które skutkiem amputacyi straciły nogę lub rękę.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Będąc sprawozdawcą z literatury polskiéj dla Erlenmeyera *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, upraszam tych pp. kolegów, którzy prace swoje zechcą w tém piśmie mieć referowane, o nadsyłanie materyjałów pod moim adresem lub adr. Dra Erlenmeyera, 9, I, 1889. *Dr. H. Kureila.*

Akrweila (Coblenz). *Kuranstalt für Nervenkranke.*

* **Lwów**. Fundacyja stypendyjna dla uczniów c. k. Szkoły weterynaryi we Lwowie. W dniu 23 grudnia 1888 r. wręczyła Jego Eksc. P. Namiestnikowi wybrana prowizorycznie przez fundatorów kuratoryja, składająca się z trzech członków Dra p. Seifmana, jako dyrektora Szkoły weterynaryi, prof. Dr. J. Szpilmana i p. Kretowicza, nauczyciela szkoły kucia, notaryjalnie sporządzony akt fundacyjny wraz z zapisem. Pan Namiestnik przyjął deputacyję łaskawie i dziękując za tak wspaniałomyślny czyn przyrzekł ze swojéj strony poprzeć gorąco podanie i postarać się o szybkie zatwierdzenie fundacyi a szczególniéj dołożyć starania celem uzyskania najwyższéj decyzyi, aby stypendyjum utworzone mogło nosić najdostojniejsze imie Jego Ces. i Król. Apostolskiéj Mości.

Komisyja mieszana złożona z delegatów c. k. Namiestnictwa, Wydziału krajowego, Magistratu m. Lwowa, ma się zebrać w d. 18 stycznia w c. k. szkole weterynaryi celem przedsięwzięcia na miejscu oględzin budynków, w ogóle zbadania potrzeb szkoły, w któréj daje się czuć od jéj założenia dotkliwy brak miejsca na pracownie, muzea itd. Szczególniéj nie odpowiednio pod względem higijenicznym pomieszczone są kliniki i lecznica psów. W obec tego pomyślny rozwój zakładu jest zagrożony; temu jednak niewątpliwie zapobiegnie życzliwość Wys. c. k. Rządu, czego rękojmią jest zwołanie powyższéj komisyi, o co grono profesorów jeszcze przed rokiem Wys. c. k. Namiestnictwo upraszało. Radca ministeryjalny Dr. Kusy zwiedzając podczas pobytu swojego we Lwowie, w czasie V zjazdu lekarzy i przyrodników, szkołę weterynaryi wyraził swoje zdziwienie, że szkoła pomimo niekorzystnych warunków istnienia, niedostatecznego pomieszczenia i szczupłych dotacyj tak pomyślnie się rozwija, a uznając smutne położenie szkoły przyrzekł swoje poparcie słusznym, a do rozwoju zakładu zmierzającym żądaniom grona profesorów. Dzięki pochlebnemu sprawozdaniu o działalności szkoły, które radca min. Dr. Kusy przedłożył Wys. Ministerswom spraw wewnętrznych i oświaty, sprawa dalszego rozwoju szkoły weszła na nowe tory. Mamy niepłonną nadzieję, że czynność komisyi wspomnianéj w błogie będzie uwieńczoną skutki, a jéj orzeczenie znajdzie niewątpliwie gorące poparcie u JE. p. Namiestnika hr. Badeniego, któremu dobro naszéj szkoły bardzo na sercu leży, o czém mieliśmy się sposobność przekonać na posłuchaniach, w których braliśmy udział.

Drugi przypadek śmierci człowieka w skutek wodowstrętu we Lwowie. Dnia 13 grudnia 1888 r. zmarł w tutejszym c. k. szpitalu garnizonowym żołnierz wśród wybitnych objawów wodowstrętu. Sekcyja wykonana w obecności jeneralnego lekarza sztabowego, wielu lekarzy sztabowych i prof. Dra J. Szpilmana, specyjalnie w tym celu zaproszonego, oprócz silnego przekrwie-

nia opon mózgowych i samego mózgu, hyperaemii płuc, żadnych innych zmian nie wykazała. Żołnierz ten zeznał, że był dwa razy pokąsany przez psa w rękę, raz przed 2 laty a drugi raz przed 6 tygodniami. Nie ulega wątpliwości, że drugie pokąsanie sprowadziło tę tak groźną chorobę. (*Przegl. Weteryn.*, Nr. 1).

* **Warszawa.** W Towarzystwie lekarskiém wybrani zostali ponownie na rok 1889 prezesem prof. Brodowski, wiceprezesem Dr. Przewóski, sekretarzem dorocznym Dr. Jakowski. Członkami czynnymi wybrano Drów Kijewskiego, Krysińskiego i Kolińskiego, korespondentem Dra Klikowicza w Petersburgu. (*Gaz. Lek.*)

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Docent prywatny Dr. Alojzy Birnbacher mianowany został nadzw. profesorem okulistyki. — **Hala.** Katedrę higijeny ma otrzymać Dr. Fr. Renk, radzca w Urzędzie zdrowia. — **Kiel.** Prof. Quincke otrzymał charakter tajnego radcy lekarskiego, a w témże mieście żyje ojciec jego, również tajny radzca lekarski. — **Wiedeń.** Na opróżnioną po Bambergerze katedrę Wydział lekarski proponował *ex aequo*: prof. Naunyna ze Strasburga, Lichtheima z Królewca i Kahlera z Pragi. Równocześnie przedstawił potrzebę ustanowienia 3éj katedry klinicznéj dla prof. Schröttera.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Józef Bohosiewicz mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj i to w 30 pułku piechoty.

* **Nekrologija.** W Odesie umarł syfilidolog Dr. Henryk Hankiewicz; w Budapeszcie b. profesor kliniki lek. Dr. Jan Wagner w 78 roku życia, w Berlinie jeneralny lekarz sztabowy Dr. Schubert.

Od kol. Barzyckiego, lek. pow. w Rzeszowie, otrzymujemy następującą wiadomość: D. 9 bm. umarł w Rzeszowie śp. Stanisław Jan Niesiołowski, syn tutejszego powszechnie poważanego lekarza, skutkiem choroby Adissona w 20 roku życia. Zmarły był uczniem medycyny na wszechnicy krakowskiéj, a śmierć jego nietylko rodzinę pogrążyła w żałobie, lecz szczerze zasmuciła szersze koła przyjaciół i kolegów, którzy dla oddania ostatniéj usługi zmarłemu licznie się do Rzeszowa zjechali. Cześć pamięci zacnego młodzieńca!

Redakcyja otrzymała:

Dr. WAGNER: Materiały k'kliniczeskomu izuczeniu kolébanii t w swoistwach żełudcznago soka. Petersburg, 1888, in 8vo, str. 101. — Prof. E. HOFMANN: Über postmortale Rupturn d. Sternocleidomastoideus. (Odbitka z *W. klin. Woch.*, 1888), in 8vo, str. 9. — Tenże: Zur gericht. Beurtheilung v. Perforationen d. Oesophagus u. Verätzungen. (Odbitka z *Zeitschrift f. Medicinalbeamte*, 1888), in 8vo, str. 6. — Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Kentniss der Verbreitungswege d. Milzbrandes. (Odbitka z *Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenkunde*, 1888), in 8vo, str 9.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 26 Stycznia 1889. Nr. 4.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach.

Wydobycie kaniuli tracheotomijnéj z oskrzela głównego strony prawéj.

Podał Prof. Dr. Pieniążek.

Przypadki ciał obcych wpadłych do oskrzeli, a więcéj jeszcze przypadki, w których się takowe z oskrzeli wydobyć udało, należą niezaprzeczenie do bardzo rzadkich, a nawet wyjątkowych. Nawet względnie dość obfita dzisiaj kazuistyka ciał obcych w drogach oddechowych przedstawia nam przeważnie przypadki, w których ciało obce w saméj krtani, lub tchawicy się zatrzymało; rzadziéj już spotykamy takie, gdzieby ono dostało się do oskrzeli, a jeszcze rzadziéj, gdzieby z oskrzela wydobytem zostało. W obec tego sądzę, że ogłaszanie tego rodzaju przypadków leży w interesie nauki lekarskiéj, jedynie bowiem zestawienie wielu z różnych stron ogłoszonych pozwala nam wysnuwać wskazówki do postępowania w danym razie. W téj myśli ogłaszam niniejszy przypadek, a to tem bardziéj, że jest on pod pewnym względem bardzo pouczającym, jak się to w dalszym ciągu pokaże. Dla mnie samego był on pouczającym o tyle, że miałem sposobność stwierdzić w nim praktycznie słuszność uwag teoretycznie przezemnie w innym podobnym przypadku poczynionych. W roku 1887 miałem bowiem sposobność wydobyć z oskrzela drugorzędnego strony prawéj szpilkę (strzałkę od dmuchawki), którato przypadek opisałem w numerze 47 i 48 Przeglądu Lekarskiego r. 1887. Przy końcu mego opisu podniosłem ważność badania tchawicy za pomocą wziernika przez ranę tracheotomijną, zwłaszcza przy ciałach obcych do niej wpadłych. W owym przypadku wprawdzie oglądanie tchawicy ujemny tylko miało rezultat, co wreszcie z góry było do przewidzenia w obec faktu, że auskultacyja pozwalała z góry już na pewne dolną gałąź prawego oskrzela oznaczyć jako miejsce uwięźnięcia ciała obcego. Badanie zatem tchawicy było tu zupełnie zbyteczne, a dokonałem go jedynie dla tego, żeby nie działać zupełnie na ślepo tam, gdzie choć cośkolwiek korzyści lub ułatwienia w prowadzaniu narzędzi, z obejrzenia tchawicy mogłem sobie obiecywać. Mimowoli jednak przy tem badaniu nasunęła mi się uwaga, jak łatwo możnaby ciało obce widzieć, gdyby ono było w tchawicy, jak na pewne możnaby je w takim razie dostać i uchwycić pod kontrolą wzroku. To też dałem wyraz tym myślom w krótkiéj uwadze przy końcu rzeczonéj publikacyi; nie myślałem jednak wtedy, że w krótkim czasie będę miał sposobność dobitnie i praktycznie o słuszności téj uwagi się przekonać, jak to miało miejsce w przypadku, który obecnie podaję.

W październiku 1888 r. przybył do mnie p. Góra z Bochni, wieku około lat 60 liczący, podając, że przed 10 laty cierpiał na zwężenie krtani, skutkiem którego wykonano mu w Wiedniu tracheotomiję. Od owego czasu nosi on kaniulę ciągle, jakkolwiek przy zatkaniu jéj korkiem oddech na naturalnéj drodze odbywa się zupełnie lekko i swobodnie. Kaniuli używa on stale kauczukowéj. Przed 7 tygodniami zdarzył mu się przypadek, że rurka zewnętrzna wpadła mu do głębi tchawicy, gdzie do obecnéj chwili pozostaje. Na razie dostał silnego kaszlu, który się wkrótce uspokoił, poczém już prawie żadnych dolegliwości nie doświadczał, tak że dotąd czuje się zupełnie dobrze, jakkolwiek podług swego uczucia oznacza miejsce uwięźnięcia rurki w okolicy 3 i 4téj chrząstki żebrowéj prawéj. Teraz dopiero zdecydował się poddać wyjęciu uwięźniętéj kaniuli. Oświadczyłem choremu, że zabieg tego rodzaju nie da się na poczekaniu ambulatoryjnie wykonać, radziłem zatem, żeby w Krakowie na dni parę pozostał, gdy jednak choremu to nie było na rękę, stanęła umowa na tem, że za dni parę do niego do Bochni przyjadę. Przez ten czas zamówiłem sobie dość długie i podatne haczyki tępe, jako narzędzie, które mi się w danym przypadku wydawało najodpowiedniejsze, sądziłem bowiem, że najłatwiéj mi będzie zahaczyć za okienko kaniuli i w ten sposób ją wyciągnąć. Dnia 18/10 przybyłem do chorego, u którego zastałem kolegów Dra Lewandowskiego i Dra Górskiego, z którymi razem mieliśmy przystąpić do dzieła.

Badanie chorego, któreśmy razem podjęli, nie przedstawiało nam nic dodatniego; szmery oddechowe okazywały się dość silne

nad obu płucami równe, nigdzie żadnego objawu utrudnionego przejścia powietrza nie znaleźliśmy. Badania tchawicy postanowiłem dokonać, gdy już chory zachloroformowany do ewentualnych zabiegów przygotowanym będzie. Licząc na zniesienie odruchów przez chloroform nie zaopatrzyłem się w kokainę, która się jednak później okazała konieczną, gdyż chory był nadspodziewanie na wpływ chloroformu nieczuły. Około pół godziny zeszło nam na chloroformowaniu, przy którém chory wprawdzie usnął, lecz do zniesienia odruchów doprowadzić nie było można. Z początku chloroformowano przez otwór tracheotomijny, później zaś przy zatkaniu tego otworu palcem przez nos i usta. Zmuszony więc byłem w końcu przystąpić do dzieła mimo braku dostatecznéj narkozy. Rozpocząłem od zbadania tchawicy za pomocą wziernika dwulistnego, jakiego się do cewki moczowéj używa, a którego już i w poprzednio opisanym przypadku używałem Chory jednakże natychmiast po założeniu wziernika dostał silnego kaszlu, tak że nie wiele z badania skorzystać mogłem. Przez chwilę tylko mignął mi przed okiem czarny łukowaty brzeg okienka kaniuli, (jak to się późniéj pokazało), a który na razie za brzeg górnego wylotu rurki uważałem. Tyle w téj krótkiéj chwili spostrzedz mogłem, że łuk ten znajdował się po prawéj stronie klinu podziałowego tchawicy, że więc rurka w prawem oskrzelu utkwić musiała. Zwrócenie górnego otworu rurki ku górze tłumaczyłem sobie w ten sposób, że rurka siedząc bez przerwy w ciepłem miejscu przez 7 tygodni powoli odgięła się w swéj krzywiźnie zastosowawszy się do kierunku przebiegu prawego oskrzela. Przypuszczać to mogłem tem łatwiéj, że posiadam kaniulę, która po dwumiesięcznem noszeniu bez przerwy prawie się rozprostowała zupełnie. Przytem brak wszelkich objawów auskultacyjnych, wszelkiego szmeru zwężenia, najłatwiéj tłumaczył mi się w ten sposób, że kaniula tkwi w oskrzelu prawem tak, że jéj górny otwór ku tchawicy jest skierowany, gdy ona sama ściśle w kierunku oskrzela przebiega. Mylne tłumaczenie obrazu, a ztąd błędne o stanie rzeczywistym pojęcie było powodem dość długich a bezowocnych zabiegów z méj strony. Sądząc bowiem, że rurka jest odprostowana, wyobrażałem sobie wyjęcie jéj za łatwiejsze, niż się potem okazało; podjąłem się go zatem pomimo odruchów ze strony chorego. A mianowicie wprowadziłem wyżéj wspomniony haczyk, trzymając się prawéj strony tchawicy, a poznawszy następnie po zboczeniu w jego kierunku, że już się znajduje w prawem oskrzelu, zwróciłem go ku stronie lewéj. Sądziłem bowiem, że haczyk wprowadzam przez górny otwór kaniuli wzdłuż jéj światła i że następnie zwróciwszy koniec jego ku stronie lewéj zaczepię o górny brzeg okienka i w ten sposób łatwo całą rurkę wyciągnę. Jakoż rzeczywiście zaczepiłem przy wyciąganiu haczyka o jakąś zawadę, któréj jednak wyciągnąć nie mogłem. Po kilku bezskutecznych usiłowaniach starałem się przynajmniéj haczyk wyciągnąć, co jednak mimo obracania go na wszystkie strony mi się nie udało. Jak się późniéj pokazało, wprowadziłem haczyk nie przez górny otwór rurki, lecz przez jéj okienko, a zaczepiłem nie za brzeg okienka lecz za brzeg dolnego otworu kaniuli, skutkiem czego mimo obracania haczyka na około oswobodzić go nie mogłem. Przytem część zagięta haczyka była dwa razy dłuższa, niżem był przy zamawianiu narzędzia oznaczył; błąd ten spostrzegłem wprawdzie, nie było już jednak czasu kazać go naprawić, musiałem więc użyć narzędzia, jakie mi zrobiono. Po długich dopiero usiłowaniach, po wielokrotnem obracaniu i naginaniu haczyka udało mi się go w końcu oswobodzić i wyciągnąć. Do następnych prób użyłem już tylko pincety krtaniowéj odpowiednio wygiętéj, którą jednak wprowadzałem kilkokrotnie głęboko w prawe lub lewe oskrzele, nie napotykając przeszkody i niemogąc nic uchwycić. Jedynie za pomocą mojéj łyżeczki oskrzelowéj mogłem czasem namacać przedmiot twardszy, który odpowiadał kaniuli. Próby wziernikowania, mimo ponownego chloroformowania spełzły za każdym razem na niczem, z powodu drażliwości chorego. W końcu posłałem po kokainę 1,0 na 4,0 *spirit. vini rectf.* i gdy mnie wszelkie usiłowania zawiodły, gdy chory wydychał już 250 gm. chloroformu, a do zniesienia odruchów nie można było doprowadzić, wysmarowałem mu dwa razy tchawicę tamponem waty zamaczanym w powyżéj podanym roczczynie, utwierdziwszy go w szczypczykach. Założywszy następnie wziernik i to tym razem nie dwulistny lecz rurkowaty, mogłem już z wielką łatwością całą tchawicę obejrzeć. Teraz nie widziałem już łukowatego brzegu otworu po prawéj stronie klinu podziałowego tchawicy, lecz samą górną część rurki, kótra swą wypukłością ku światłu, górnym zaś otworem ku spodowi prawéj ściany tchawicy była skierowana. Łatwo pojąć, że w razie pociągnięcia téj części, brzeg otworu górnego rurki musiał się oprzeć o ścianę tchawicy a szczyt okienka z pod klinu podziałowege się wydobyć. Ten to szczyt zatém ujrzałem z początku, widząc go jednak chwilę tylko, wziąłem mylnie za brzeg górnego otworu rurki. Łatwo również pojąć, że wpychając nieco rurkę, jak to np. przy wymacywaniu jéj sondą, lub wspomnianą wyżéj łyżeczką miejsce mieć mogło, brzeg górnego otworu rurki musiał się nieco od ściany tchawicy oddalić, a widoczna część okienka skryć przy klinie podziałowym. Teraz dopiero pojąłem, że narzędzia, a przedewszystkiem mój haczyk przeprowadzałem przez okienko rurki, a zaczepiłem nim za brzeg jéj dolnego otworu, ciągnąc zaś wtedy, parłem przez wygiętą rurkę na spód prawéj ściany tchawicy i oczywiście w żaden sposób kaniuli wyciągnąć nie mogłem. Teraz oceniwszy na pewno położenie rurki, uważałem już jéj wyjęcie za łatwe. W tym celu wprowadziłem wyż wspomniany haczyk przez wziernik do tchawicy i wsunąłem go z prawéj strony klinu podziałowego tchawicy, minąwszy zaś takowy, zaraz obróciłem częścią zagiętą na prawo, następnie pociągnąwszy, poczułem, żem o brzeg okienka rurki zahaczył, a ciągnąc daléj czułem, że wydobywam jakieś ciało, które mi pewien lubo mały opór stawia. Wprowadzenie haczyka i zwrócenie go ku stronie prawéj w odpowiednéj głębokości, odbyło się pod kontrolą wzroku, dalszego zaś wyciągania rurki, skoro tylko spostrzegłem, że nic nie stawia przeszkody, dokonałem na ślepo, wyciągnąwszy zarazem i wziernik, przez który haczyk był przeprowadzony. Doprowadziwszy w ten sposób rurkę aż do otworu tracheotomijnego, uchwyciłem szczypczykami brzeg górnego otworu rurki, a zamknąwszy szczypczyki uwolniłem z okienka haczyk wraz z wziernikiem i starałem się przeprowadzić kaniulę przez otwór tracheotomijny. Tu napotkałem nową przeszkodę, otwór bowiem w tchawicy ściągnął się trochę tak, że kaniuli przezeń przeciągnąć nie mogłem. Narazie chciałem rozszerzyć otwór ku górze przez rozcięcie chrząstki tarczykowéj, to mi się jednak nie udało z powodu twardości (skostnienia) téj ostatniéj. Wziąłem więc do pomocy moją łyżeczkę oskrzelową i zacząłem nią odgarniać brzegi otworu tchawicy od brzegów otworu rurki, wyciągając równocześnie tę ostatnią. W tym celu zwykła łyżeczka uszna byłaby mi niezawodnie o wiele dogodniejszą, nie mając jéj jednak pod ręką, musiałem sobie radzić zbyt długiem a ztąd niezgrabném narzędziem. W końcu jednak dopiąłem celu i nareszcie udało mi się całą rurkę z tchawicy wyciągnąć. Chory, który tegoż dnia wieczorem czuł tylko pewną ociężałość i zajęcie głowy oraz wykaszliwał krwią zabarwione plwociny, skutkiem czego pozostał w łóżku, wstał, jak się potem dowiedziałem, na drugi dzień, czując się zupełnie dobrze.

Przypadek ten jak wspomniałem na wstępie jest pod pewnym względem pouczającym; przedewszystkiem wskazuje on, że przy rękoczynach wewnątrz krtani lub tchawicy nie zawsze na sam chloroform spuścić się można, i zawsze dobrze jest mieć kokainę pod ręką. Gdybym się był odrazu w takową zaopatrzył, nie byłbym stracił około pół godziny czasu na chloroformowaniu, które i tak do zniesienia odruchów nie doprowadziło, lecz byłbym wcześniéj mógł dokonać z łatwością badania wziernikowego tchawicy i wyjęcia wprądlej rurki. Prócz tego wskazuje ten przypadek wybitnie, jak ważném przy wyjmowaniu ciał obcych z tchawicy jest dokładne rozpatrzenie się w ich położeniu i chwytanie ich pod kontrolę wzroku. Próbując po omacku wyciągnąć uwięźniętą rurkę, straciłem blisko trzy kwadranse czasu na usiłowania zupełnie bezowocne i równie bezowocne przedłużanie uśpienia chloroformowego, skoro tylko jednak po zakokainowaniu tchawicy mogłem dokładnie rozglądnąć się w jéj dnie, i na pewne zbadać położenie uwięźniętéj kaniuli, wydobyłem ją od razu i z łatwością. Może mi ktoś zrobić zarzut, że pierwsze moje badanie z powodu swéj niedokładności w błąd mnie

wprowadziło, że lepiéj więc byłoby, abym był nie kusząc się wcale o zobaczenie kaniuli na ślepo wydobycia jéj haczykiem próbował. Na to odpowiedzieć muszę, że wydobycia jéj na ślepo i tak próbowałem, a gdy próby tegoż przy zwróceniu haczyka na lewo nie powiodły mi się, zwracałem go na różne strony usiłując naprzód rurkę, a potém bodaj sam haczyk wydobyć. Również na ślepo próbowałem wydobycia rurki szczypczykami krtaniowemi, wszystkie jednak narzędzia, jakich używałem, wchodziły zupełnie lekko przez kaniulę aż do prawego oskrzela, a kaniulę jedną tylko łyżeczką oskrzelową udawało się i to nie zawsze wymacać. Tu więc bez kontroli wzroku nie mogłem ocenić głębokości, do któréj narzędzie wprowadzać należało, położenie zaś kaniuli było takie, że narzędzia albo przez okienko i dolną część rurki przechodziły zupełnie lekko, albo też po ścianie jéj górnéj części zwilżonéj śluzem bez uczucia przeszkody w okienko się wślizgiwały. Dopiero dokładne zbadanie tchawicy za pomocą wzroku pozwoliło mi ocenić położenie rurki, a wprowadzenie haczyka pod kontrolą wzroku umożebniło zahaczenie o brzeg okienka pozwalając ocenić głębokość, do któréj haczyk wprowadzonym został.

Podnieść jeszcze winienem, że wydobycie rurki i z tego względu było tu łatwiejszém, że była to kaniula okienkowa, tak więc łatwiéj było o brzeg okienka zahaczyć i całą rurkę wydobyć. Trudności byłyby niezawodnie o wiele większe, gdybym miał do czynienia z kaniulą bezokienkową. Łatwiejsza jeszcze sprawa byłaby z odłamanym jéj końcem, jak to miało miejsce w przypadku Lucasa, [1]), który takowy wyjął wygiętemi szczypczykami z lewego oskrzela, daleko jednak trudniejsze zadanie czekałoby lekarza tam, gdzieby taka rurka całkowita, podobnie jak w naszym przypadku, a bezokienkowa, w oskrzelu uwięzła. W tym razie byłoby potrzebném umyślnie ku temu celowi sporządzone narzędzie, a o ile mi się dziś rzecz przedstawia, najodpowiedniejszem narzędziem byłyby tu szczypczyki, któreby się podobnie jak Schrötterowskie z rurki wysuwały, których końce jednak powinnyby rurkę obejmować na wzór klamry na 1—2 mm. szerokiéj. Końce te nie powinny się stykać, aby tem łatwiéj będąc rozwarte po bokach rurki przeprowadzone być mogły. Też same usługi mogłaby oddać także i pętla druciana na odpowiednio długiém narzędziu umieszczona. Takową możnaby w przypadku podobnym do naszego przeprowadzić pomiędzy ścianą tchawicy a brzegiem górnego otworu rurki, a zacisnąwszy w środku jéj długości dość silnie powinnoby się wyciągnięcie rurki udać. Że jednak takie uchwycenie rurki w szczypczyki, równie jak założenie na nią pętli jedynie pod kontrolą wzroku łatwo dałoby się wykonać, to zdaje się nie potrzebuje dowodzenia.

II. Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Podał Dr. Justyn Karliński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Rozszerzyłem się nieco nad prątkiem durowym, który w zakres badania mojego wciągnąłem; o dwóch innych t. j. o prątku wąglika i prątku przecinkowym Kocha, których zachowanie się względem wody do picia przeznaczonéj badałem, nie wiele mam do powiedzenia, gdyż prątki te charakterystycznem zachowaniem się względem podłoża i pożywki użytéj łatwo od tworów w wodzie się znajdujących odróżnić można.

[1]) *The Lancet* 1877, Vol. 1, p. 792.

W ostatnich czasach szkoła kontagionistyczna, która owo zapatrywanie, że powstanie i rozwój epidemij drogą wody do skutku przychodzi, zupełnie przejęła, usiłuje prawdziwości twierdzeń dowieść z jednéj strony znalezieniem grzybków cholery i duru w wodzie, z drugiéj badaniami nad zachowaniem się grzybków tych w wodzie do picia przeznaczonéj. Pominąwszy już przypadki, gdzie mimo nieznalezienia prątków durowych w wodzie powstanie epidemii téjże przypisano, donieśli Michael [1]), Mörse [2]), Gambucci [3]), Chantemesse-Widal [4]), Dreyfuss-Widal [5]), de Blasi [6]), Loir [7]), Marpmann [8]), Beumer [9]), Kowalski [10]), Camara-Rocha [11]), Thoinot [12]), Rollet [13]) i Bondel [14]) o znalezieniu prątków tych w wodzie rzecznéj, źródlanéj, studziennéj lub wodociągowéj podczas epidemij duru we Francyi, Hiszpanii i Niemczech, a jeżeli z podań tych Marpmanna, w których już z opisu widać, że znaleziony prątek z prątkiem durowym nic nie ma wspólnego, wykluczymy, pozostaje zawsze jeszcze poczet wcale pokaźny badaczów wstępujących w szranki za teoryją zakażenia drogą wody. Ile z „odkryć“ tych uprzedzeniu badaczów, ile nieuzasadnionemu identyfikowaniu znalezionych prątków przypisać należy, usuwa się całkiem z pod roztrząsania; na nich oparł się Brouardel, twierdząc na ostatnim zjeździe higijenicznym w Wiedniu, że $^9/_{10}$ wszystkich epidemij durowych wodzie przypisać należy!

Badania doświadczalne nad zachowaniem się grzybków chorobotwórczych w wodzie do picia przeznaczonéj mimo ważności przedmiotu nie wielu dotychczas znalazły adeptów. Rozpoczęli je Wolfhügel i Riedel [15]), zajmowali się niemi Meade Bolton [16]) i Kraus [17]) a wyniki tegoż ostatniego, kardynalnie od obu poprzednich różniące się, zachęciły mnie do podjęcia poszukiwań w tym przedmiocie.

[1]) *Typhusbacillus im Trinkwasser. Fortschritte der Medicin*, 1886, Nr. 11. — [2]) *Die Brunnen der Stadt Mühlheim a. Rh. vom bakteriologischen Standpunkt aus betrachtet. Ergänzungshefte zum Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, 1886, T. II, zeszyt 2gi. [3]) *Ileotyphus durch Trinkwasser.* Referat w *Deut. med. Wochensch.*, 1887, str. 367. — [4]) *Examen bactériologique de l'eau. de Pierrefonds emise par M. Brouardel. (Annales de hygièn. public.*, 1887, I, i *Comtes Rend.*, 1886, T. 103, Nr. 24. — L'eau de rivière et la fièvre typhique à Paris, *Bull. de la soc de med.*, 1887, Nr. 3. — [5]) *Epidémie de famile de fièvre typhoide (cinq malads), considérations cliniques et recherches bactériologiques. Gaz. hebd.*, 1886, Nr. 45. — [6]) *L'aqua potabile come merro ditramissione della febbre tiphoidea. Rivista internal. di med. et chirurg.* 1887, Nr. 8. — [7]) *Recherche du bacille typhique dans les eaux d'alimentative de la ville de Paris. Annales de l'institut Pasteur*, 1887. — [8]) *Typhusbacillus im Trinkwasser. Ergänzungshefte d. Centralblatts für allgemeine Gesundheitspflege.* T. II, z. 4ty. — [9]) *Zur Aetiologie des Typhus abdominalis. Deut. med Woch.*, 1887, Nr. 28. — [10]) *Bakteriologische Wasseruntersuchung. Wien. klinische Wochensch.*, 1888. — [11]) *Investigaçao do „bacillus typhicus“ nas aquas potaveis de Coimbra.* Coimbra, 1888. — [12]) *Sur la présence du bacille de la fièvre typhoide dans l'eau de la Seine à Ivry. La semaine médicale*, 1887, Nr. 14. [13]) *Epidémie de fièvre typhoide a l'école normale et en collège de Cluny. Lyon med.*, 1887, Nr. 7. — [14]) *Relation d'une épidémie de fièvre typhoide au point de vue de l'étiologie. Lyon med.*, 1887, Nr. 52). — [15]) *Die Vermehrung der Bacterien im Wasser. Arbeiten aus dem k. Gesundheitsamte*, 1886, T. I. — [16]) *Ueber das Verhalten verschiedener Bakterienarten im Trinkwasser. Zeitschrift für Hygiene.* T. I. — [17]) *Ueber das Verhalten pathogener Bakterien im Trinkwasser. Archiv f. Hygiene.* T. VI, 1887.

Wolfhügel, Riedel i Bolton dodawali grzybki chorobotwórcze a mianowicie prątki durowe, cholery i wąglika do wody destylowanéj, studziennéj, rzecznéj i wodociągowéj i obserwowali za pomocą metody płytkowéj zachowanie się grzybków tych; wyników ich badań, jakkolwiek nie bez znaczenia dla biologii grzybków tych żadną miarą nie można uogólniać, jak to na ślepo rozliczni autorowie chcą, jak Seitz, Simmond lub Baumgarten i inni. Badania te przedsięwzięto z wodą poprzednio dokładnie działaniem prądu pary zjałowioną a zachowanie grzybków tych obserwowano przy ciepłocie 16—35°C. Łatwo pojąć, że oba te warunki nie odpowiadają prawidłowym, gdyż 1) nikt nie używa do picia wody destylowanéj lub działaniem pary zjałowionéj, tém mniéj 2) wody o ciepłocie 16 do 35°C.!! A jeżeli z badań owych wypływa, że prątki durowe w wodzie zjałowionéj, trzymanéj przy ciepłocie 16 do 35°C., nietylko długi czas trzymać się, ale nawet rozmnażać się są w stanie, że prątki wąglikowe w cieplocie 12—35°C. w téjże wodzie rozmnażać się a prątki cholery zrazu obumierając następnie przez długi czas (do 64 dni) rozwijając i rozmnażając się utrzymują się, to sąto piękne wyniki, jeżeli się rozchodzi o kwestyję zachowania się grzybków tych w obec zjałowionéj i niezwykłą ciepłotę okazującej wody, ale nie sąto wyniki, uprawniające do wniosków, mających poprzeć sprawę powstawania epidemii drogą wody.

W badaniach tych wykluczono 1) działanie grzybków w wodzie istniejących, które przecież rozmnażać się muszą, 2) działanie ciepłoty naturalnéj, jaką dla wody do picia przeznaczonéj granice 7—$10\frac{1}{2}$°C. stanowią. Przypuściwszy nawet, że w niektórych okolicach woda w zbiornikach (cysternach) cieplotę 16°C. okazuje i w braku innéj do picia używaną bywa, zawsze jeszcze pozostaje wpływ grzybków poprzednio w wodzie się znajdujących, grzybków rozwijających się swobodnie w owéj ciepłocie, któréj wpływu bynajmniéj przeceniać nie można.

Wyż wspomniane prace, podjęte pod kierunkiem Kocha i Flüggego, widocznie tendencyjne [1]), zachęciły Dra Krausa w zakładzie higijenicznym w Monachijum do podjęcia badań w tym kierunku. Kraus uwzględnił 1) wpływ grzybków wodę pierwotnie zamieszkujących, 2) ciepłotę średnią wód do picia użytych t. j. ciepłotę $10\frac{1}{2}$°C. Wyniki badań tych zupełnie odmienne; tu prątki durowe, nawet w wielkiéj wprowadzone ilości, ginęły doszczętnie w ciągu pierwszych dni 6ciu, prątki przecinkowe Kocha po 24, prątki wąglika po 96 godzinach, nie mogąc wytrzymać z jednéj strony konkurencyi ze strony grzybków, wodę zamieszkujących, z drugiéj wpływu ciepłoty. Badanie moje, podjęte celem przekonania się, o ile wyniki podobne przez Dra Krausa na wiarę zasługują, przeprowadziłem w zakładzie patologiczno-anatomicznym w Insbruku w ciągu lata r. 1888, studyjując zachowanie się wyż wspomnianych grzybków chorobotwórczych w ciepłocie 8°C w wodzie wodociągowéj i studziennéj.

Miasto Insbruk wraz z przedmieściami zaopatruje się w wodę z 5ciu głównych źródeł, rozpołożonych na wysokości 841—1133 metrów nad poziomem morza, z których dopływa woda poczwórnym systemem rur wodociągowych. Woda źródeł tych odznacza się minimalną ilością połączeń organicznych, stosunkowo wielką zawartością soli wapniowo-magnowych oraz względnie wysoką twardością; ciepłota źródeł tych badana w miesiącu lipcu, sierpniu i wrześniu kilkakrotnie wahała się między *7·6—8·1*°C., podczas gdy ciepłota wody w rurach wypływowych poszczególnych gałęzi wodociągowych prawie stale o *0·9*°C. była wyższą. Zabierając się do moich doświadczeń oznaczyłem przedewszystkiém ilość znajdujących się w wodzie źródlanéj grzybków, a ponieważ źródła te od pracowni méj średnio o 4—6 godzin drogi były odległe, przez co nie podobna mi było stosować metody płytkowéj, gdyż podczas transportu rozmnażanie się pojedynczych grzybków miejsce mieć mogło a przez to błędy przy oznaczeniu ilości grzybków w 1cm.^{3} zawartych powstać by mogły, zastósowałem tę samą metodę badania, jaką posługiwał się był w badaniach swych Dr. Kowalski. W tym celu ogrzewałem na miejscu kolbki Erlenmeyerowskie o 59cm.^{2} powierzchni dna zawierające $^1/_3$cm. wysoką warstwę stężonéj jałowéj pożywki gelatynowéj, celem rozpuszczenia téjże: zaprawiałem za pomocą starannie w ogniu wyjałowionéj pipetki odpowiednią ilością wody badanéj a po stężeniu gelatyny w ciepłocie wody źródlanéj, w pracowni badałem ilość powstałych kolonij, których liczenie przy położeniu odpowiednio pokratkowanego papieru czarnego łatwo uskutecznić można. W ten sposób przekonałem się, że woda źródeł wodociągów miasta Insbruku ubogą jest w grzybki, ilość ich bowiem, jak to w licznych doświadczeniach stwierdziłem między 7—9 okazów w 1cm.^{3} stale się wahała. Badając wodę poszczególnych gałęzi wodociągów w mieście i przedmieściach przekonałem się, że ilość grzybków w wodzie téj nieznacznemu zwiększeniu ulega, tu znajdowałem średnio 9—11 okazów w 1cm.^{3}.

Prócz wody wodociągowéj uwzględniłem w badaniach moich jeszcze wodę ze studni w zakładzie patologicznym się znajdującéj, która jak to z 26 doświadczeń przekonałem się, średnio 40 okazów w 1cm.^{3} wody zawierała.

Co się tyczy gatunków grzybków w wodzie badanéj znajdujących się, to było ich wszystkiego 7, 2 gatunki grzybków okrągłych, 5 gatunków grzybków prątkowych, których opis szczegółowy jako czytelnika mniéj interesować mogący opuszczam. Były to grzybki, których kolonije na pożywce gelatynowéj już na pierwszy rzut oka różniły się od kolonij prątków durowych, wąglikowych lub cholerycznych, grzybki te jużto charakterystycznie pożywkę rozpuszczały, jużto rosły jako kolonije barwik zawierające.

Przekonawszy się przez kilkunastodniową obserwacyję, że strumień wody wodociągowéj w pracowni mojéj stale ciepłotę 8°C. okazuje, postanowiłem w braku termostatu uregulowanego do nizkich temperatur, jakim się Dr. Kraus posługiwał, badać zachowanie się grzybków chorobotwórczych w wodzie przy téjże ciepłocie, poprzedzając doświadczenie moje w tym kierunku badaniem nad rozmnażaniem się grzybków w wodzie pierwotnie zawartych. W tym celu napełniałem kolbki Erlmeyerowskie odpowiednią ilością wody badanéj, pochodzącéj z rozmaitych gałęzi wodociągów insbruckich lub studni, wyjaławiałem takową półgodzinném dzia-

[1]) Najlepszym dowodem tendencyjności pracy Boltona jest tablica, przedstawiająca zachowanie się prątków durowych w wodzie (l. c. str. 107). Tu w myśl zapatrywania Gaffkego, że prątek durowy posiada zarodniki, też posiadając zarodniki dłużéj zachowują żywotność swoją w wodzie niż prątki durowe, zarodników nie mające. Nowsze badania Buchnera i Pfuhla wykazują, że prątek durowy bynajmniéj nie ma własności tworzenia zarodników, że dotychczas jako zarodniki opisane przestrzenie w ciele prątków niczém inném, jak tylko wolnemi przestrzeniami *(vacuola)* sztucznie otrzymanemi, nie są, że przeto prątki te nie posiadają urządzeń, zapewniających osobnikowi przetrwanie niepomyślnych warunków bytu, jak to np. prątek wąglika posiada.

łaniem pary wodnéj przy 100°C., po ostudzeniu zaprawiałem odpowiednią ilością czystéj hodowli poszczególnych gatunków grzybków wodę zamieszkujących i zamknąwszy prócz zatyczki z waty jeszcze grubą warstwą zawiązki gumelastycznéj, wstawiałem pod stały strumień wody wodociągowéj, zostawiając tu dni 7, w ciągu których, jak to włożony termometer maksymalny wskazywał, nigdy ciepłota 8°C. nie przekraczała, a raz tylko o 0·2°C. opadła. Oznaczywszy zaraz po zaprawieniu drogą metody płytkowéj ilość znajdujących się w wodzie grzybków, ponawiałem badanie to co 24 godzin, studyjując rozmnażanie się ilościowe każdego z 7miu gatunków w owych 5 rodzajach wody. Jako wynik otrzymałem, że grzybki te w zjałowionéj poprzednio wodzie w ciepłocie 8°C. rozwijać i rozmnażać się są w stanie, że jednak rozmnażanie to nie jest bardzo znaczne, natomiast rozmnażanie się było znaczniejsze, jeżelim wody nie zjaławiał, lecz pierwotnie znajdującą się ilość grzybków, poddawszy działaniu ciepłoty 8°C., studyjował. Tu bowiem istniejące obok siebie gatunki rozmnażały się dowolnie a różnice w wynikach otrzymanych zdają się wskazywać, że przez zjaławianie działaniem pary wodnéj o wysokiéj ciepłocie, przychodzić musi do skutku pewna zmiana w połączeniach chemicznych, za pożywkę grzybkom tym służących. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Galtier: **O niebezpieczeństwie wypływającém z używania mleka krów gruźlicą dotkniętych i tegoż przetworow.**

Wychodząc z założenia, że mleko krów gruźlicą (perlicą) dotkniętych koniecznie szkodliwie na ustrój żywiącego się témże wpływać musi, badał autor, czy mleko świeże, prątkami gruźliczemi zaprawione, równie przetwory tegoż, jak żętyca i ser, jad gruźliczy przenosić mogą. Dodawal tedy do mleka krów zdrowych masy gruźlicze pochodzące jużto z mięsa krów perlicowych, jużto z królików, którym poprzednio gruźlicę zaszczepiono, a sprawiwszy sztucznie przez dodanie podpustki skrzepnięcie i oddzielenie się sernika i odpowiednio rozcieńczywszy i odsączywszy, wstrzykiwał świnkom morskim do worka otrzewnowego, królikom do żył, a z wyników, jakie otrzymał, wypływa, że przetwory te gruźlicę wywołać są w stanie. Przychodzi tedy do następujących wniosków: 1) prątki gruźlicze, zawarte w mleku krów perlicą dotkniętych, przechodzą również do przetworów tegoż, 2 prątki te przy fabrykacyi zabite nie zostają, 3) drób i nierogacizna, karmione odpadkami przy fabrykacyi sera, mogą być zakażone, 4) mleko krów perlicowych lub podejrzanych o obecność perlicy powinno być z użytku zupełnie wykluczone. Autor nie wspomina, że już znacznie przed nim Baumgarten (*Centralblatt f. klin. Medicin*, 1884) karmieniem królików mlekiem, do którego prątki gruźlicze dodano, typową gruźlicę jelit sprowadzał. (*Comp. rend.*, CIV., 1887).

Dr. J. Karliński.

(A. B.) Héricourt i Richet opisali na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Paryżu **nowy mikrob ropny i posocznicowy zarazem** (*Staphylococcus pyosepticus*). Mikroorganizm ten znaleźli H. i R. w nowotworze przybłonkowym nie owrzodziałym u psa, ale za pomocą niego nie mogli wywołać przez szczepienie podobnych nowotworów. Jest on podobny do koków ropnych (*Staphylococcus pyogenes albus*), lecz różni się od nich odmiennemi własnościami hodowli i siłą jadowitości. Wstrzyknięty zwierzęciu wywołuje równocześnie objawy ropnicy i posocznicy. Aby króliki uczynić odpornemi w obec tego drobnoustroju, wystarczy zaszczepić im hodowle, których jadowitość złagodzono bądź przez wyschnięcie, bądź przez wystawienie ich na działanie niesprzyjającéj ciepłoty itd. Wyniki tego szczepienia ochronnego nie polegają tylko na tém, że zwierzę przeżyje szczepienie, ale objawy chorobowe, jak gorączka, puchlina itp. wcale nie występują lub w nizkim tylko stopniu. (*Le Progrès médical*, 1888, Nr. 46).

Farmakologija.

Docent Seifert (Würzburg): **O przetworach sozojodolowych.**

Sozojodol składa się z kilku znanych środków przeciwgnilnych, jodu (52%), kwasu karbolowego (20%), siarki (70%). Tromsdorf, który go pierwszy wprowadził w handel, wytworzył z niego kilka soli: amonową, sodową, potasową, rtęciową, cynkową, ołowiową i magnową. Lassar, Hoppmann i Fritsche polecili go jako nadający się do leczenia różnych chorób nosa, przełyku i krtani. Ze spostrzeżeń własnych podaje S. co następuje: Sozojodol potasowy jest bardzo dobry przeciw przewlekłemu nieżytowi nosa, działa wysuszająco i zmniejsza wydzielinę. Sozojodol sodowy w proszku (z *talcum*) daje nie złe wyniki w leczeniu wrzodów gruźliczych krtani. Odmiennie jak sozojodol potasowy działa sól jego cynkowa pobudzająco na błony śluzowe, zmusza je do wydzielania żywszego i do odbrzmiewania, dla tego to poleca ją przeciw téj postaci przewlekłego zapalenia błony śluzowéj nosa, która się odznacza nietylko skąpą wydzieliną ale i przerostem (*rhinitis hyperplastica*). Sól sozojodolowa rtęciowa działa jeszcze w roztworze 1:10 żrąco, używał jéj dla tego tylko przeciw wrzodom kiłowym lub gruźliczym na przegrodzie nosowéj. Badania moczu osób, u których sozojodol stosowano, wykazały to samo, do czego i Langgard doszedł, że jodu w nim nawet po ośmiodniowém podawaniu wykazać nie można. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 47).

H. K.

Patologija.

Prof. Basch (Wiedeń): **O przyczynie duszności w chorobach serca.**

Najgłówniejszą przyczyną duszności w takich chorobach serca, które sprowadzają większe napełnienie płuc krwią, jest t. zw. nabrzmienie i zdrętwienie płuc (*Lungenschwellung und Lungenstarre*), stany, w których płuca się znajdują, jeżeli ich naczynia mocno i pod wielkiem parciem są krwią napełnione. Znaną jest rzeczą, że w chorobach serca przychodzi zawsze do przepełnienia naczyń krwionośnych płuc tam, gdzie są warunki do znacznego zastoju krwi w lewym przedsionku, mianowicie w niedomykalności zastawek dwudzielnych i w niedomodze lewéj komórki. Z lewego przedsionka zastój przenosi się aż do prawéj komórki, ciśnienie w tętnicy płucnéj się powiększa. Krew w naczyniach włosowatych płynie bardzo powoli i równocześnie pod wysokiém parciem. Zwolnienie obiegu krwi już dawniéj zużytkowano w celu wytłómaczenia duszności, występującéj w chorobach serca. Co do zwiększonego parcia krwi w naczyniach płucnych, to takowe sprowadza, zdaniem Traubego, zmniejszenie pęcherzyków płucnych, co znowu pociąga za sobą zaburzenia w wymianie gazów. B. demonstruje za pomocą modelu, w tym celu przyrządzonego, że rzecz ma się odwrotnie tj., gdy naczynia około pęcherzyków płucnych znajdują się pod wysokiém parciem, wtedy pętle naczyń się prostują a następowo powiększają się pęcherzyki. Stan ten odnoszący się do całego płuca nazywa autor „nabrzmieniem płuca“ (*Lungenschwellung*) w odróżnieniu od wydęcia płuc (*Lungenblähung*) i do t. zw. *volumen pulmonum auctum Traubego*. Otóż wartość (W) oddychania zależy od stosunku między ilością powietrza, dostającego się świeżo przy każdym wdechu do płuca (S = świeże powietrze), a ilością powietrza pozostającego w płucach (= P); więc $W = \frac{S}{P}$. Im większy ten stosunek, tém lepsze oddychanie. W razie więc powiększenia się pęcherzyków, powiększa się i P; zaś S nie może się również powiększyć, bo pęcherzyki płucne, które otaczają naczynia mocno napełnione i napięte, stają się mniéj zdolnemi do rozciągania się z powodu niepodatności, stężenia ich ścian. Taki stan, dotyczący całego płuca, nazywa autor „stężenie płuc“ (*Lungenstarrheit*). Obrzmienie i stężenie płuc razem nazywa B. „naprężenie płuc (*Lungenerection*). Przez takie stężenie płuc nastaje niestosunek między S a P, co znaczy tyle, ile zmniejszone oddychanie. Z powyżéj przytoczonego wypada, że duszność w chorobach serca, które sprowadzają

przepełnienie płuc krwią, nietylko zależy od wolniejszego krążenia krwi, ale też od warunków mechanicznych. Właśnie dla tego, że duszność w chorobach serca jest przyrody mechanicznéj, wysilenia oddechowe mają daleko większe znaczenie niż im przypisują. Zdaniem Bascha, ruchy oddechowe w duszności z przyczyn mechanicznych mają ważne znaczenie, są bowiem jedynemi środkami regulacyjnemi, bez których chory na serce musiałby udusić się jakby w przestrzeni napełnionéj powietrzem stagnującém. (*Wiener klin. Woch.* 1888). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) Nowotwory złośliwe u dorosłych wychodzące pierwotnie z trzustki należą do wielkich rzadkości, do tém większych należą nowotwory złośliwe wychodzące z trzustki u dzieci. Prof. Litten demonstrował na posiedzeniu tow. lek. berlińskiego preparaty anatomiczne z czteroletniego chłopca, u którego **mięsak trzustki** szybko się rozwijający, doszedłszy do ogromnych rozmiarów, wkrótce go zabił. Żołądek, wątroba i śledziona wolne były od przerzutów, w nerkach tylko były przerzuty nieliczne. (*Wien. med. Woch.*, 1888, Nr. 45).

Medycyna wewnętrzna.

Gibier: **O etyjologii i leczeniu febry żółtéj.**

Pod tym tytułem podał G. na posiedzeniu Akademii medycznéj w Paryżu d. 24 lipca rozprawę, opartą na badaniach, wykonanych w Hawanie. Jelito osób zmarłych na żółtą febrę zawiera treść czarną, wśród któréj znajdują się różne prątki. Pomiędzy temi znajdował G. jeden rodzaj prątków mających własność czernienia istoty, w któréj się rozwijają. Prątki te rozpuszczają żelatynę, a zaszczepione zwierzętom sprowadzają ciężkie przypady i śmierć. G. zachwala środki przeczyszczające i przeciwgnilne jako najlepsze w leczeniu téj choroby, któréj podstawę upatruje autor w zmianach występujących w jelitach. (*Le Progrès médical*, Nr. 30). *A. B.*

Prof. Nauwerk (Tybinga): **W sprawie żółtaczki durowéj.**

Prof. N. przyznaje, że wszyscy klinicyści, którzy „nową chorobę zakaźną Weila“ widzieli i opisali, dla tego tylko starają się przyznać jéj odrębną całość w szeregu chorób zakaźnych, ponieważ przypadki ich kończyły się pomyślnie a sekcyi dotychczas takich przypadków nie wykonali. Prof. N. miał sposobność robić sekcyje dwóch chorych umarłych wśród objawów, dających obraz choroby Weila; to jednak, co przy sekcyi znaleziono, wcale nie daje podstawy ani nie uprawnia do uznania jéj za chorobę *sui generis*, nie mniéj nie uprawnia do tego i badanie pod względem obecności prątków swoistych. W jednym z nich śmierć nastąpiła po dwóch dniach ciężkiéj gorączki (40) połączonéj ze znaczném osłabieniem, znaczną żółtaczką, potami, a sekcyja wykazała w górnych i środkowych częściach jelita cienkiego wrzody mieszkowe, zwyrodnienie ostre nerek i wątroby, ostry obrzęk śledziony, prątków duru ani śladu. W drugim przypadku przedstawiającym się za życia podobnie jak pierwszy z dodatkiem tylko wysypki różyczkowéj i tem, że śmierć nastąpiła dopiero 18 dnia choroby, znaleziono przy sekcyi to samo prawie co w pierwszym przypadku, prątków duru ani śladu, zamiast wrzodów w jelicie cienkiém znaleziono tylko obrzmienie gruczołów Peyera. To właśnie, że obraz anatomiczny w obu przypadkach otrzymano nieco odmienny, że przebieg za życia co do czasu i co do gorączki był różny, skłania prof. N. do ostrzeżenia, aby się nie spieszono z uznaniem choroby Weila za samoistną chorobę, dopóki większy materyjał zarówno kliniczny jak i anatomiczny sprawy należycie nie rozjaśni. Co najważniejsza brak jéj etyjologicznéj wspólnéj podstawy. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 35). *H. K.*

Chirurgija.

Prof. Gluck (Berlin): **O tamponadzie przeciwgnilnéj wessalnéj.**

Jednym z pierwszych, który przez wprowadzenie głębokich tamponów z gazy jodoformowéj do jamy brzusznéj po operacyjach starał się wykluczyć t. z. martwe przestwory był prof. Mikulicz; korzystając z jego świetnych wyników, otrzymanych w kilkunastu ciężkich przypadkach chirurgicznych (Przegl. Lek. i Archiw Langenbecka), jakotéż i z własnego przypadku, w którym w 8 miesięcy po wyłuszczeniu gruczołów na szyi zjawiła się chora z nowym guzem nad obojczykiem a operacyja wykazała zupełnie dobrze utrzymaną gazę jodoformową, postanowił prof. G. zająć się bliżéj sprawą „wykluczania przestworów martwych“ Mikulicza, i zapuszczał do jam po operacyjnych różne ciała napawane środkami przeciwgnilnemi. W ścisłém tego słowa znaczeniu wessalném przeciwgnilném ciałem byłby katgut stósownie przyrządzony, nadają się jednak do tego i inne ciała. Zdaniem prof. G. przyczyniłby się taki tampon, wsunięty między brzegi rany po laparotomii w linii białéj rozpoczętéj, do utworzenia się silniejszéj blizny i zapobiegałby tworzeniu się przepuklin w tém samém miejscu; odpowiednio przyrządzony tampon dokładnie oczyszczony mógłby się znacznie przyczynić do radykalnego wyleczenia wolnych przepuklin pachwinowych, umocowanéj poprzednio za pomocą szwów Czernego w bramie przepuklinowéj. Zakładanie sączków porzucił prof. D. już od 4ch lat, używając wszędzie z bardzo dobrym skutkiem tamponów. Katgutu używa prof. G w swoich celach albo w postaci płytek albo w postaci kłębków, bardzo dokładnie odrażanych; ma on zdaniem jego tak samo mało drażnić ranę jak skrzep krwi przy sposobie leczenia ran według Schedego. Poleca w końcu prof. G. gorąco swój sposób leczenia ran i prosi o doświadczenie go w przypadkach stósownych. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 39). *H. K.*

Dr. A. D. Kni. **Przyczynek do wyjaśnienia lokalizacyi włókien ruchowych w splocie barkowym.** Przypadek wycięcia mięsaka szyi, w związku z oponą twardą rdzenia pacierzowego i z korzonkiem przednim; przecięcie korzonka; wyzdrowienie.

Autor podaje opis powyższéj operacyi, należącéj do niezmiernie rzadkich, a jego zdaniem będącéj pierwszą pomyślną próbą tego rodzaju. 29 letnia chora, cierpiała od lat 17 na wyprysk przewlekły na tylnéj powierzchni szyi i zauważyła oddawna z prawéj strony szyi obrzmienie gruczołów limfatycznych. Po prawéj stronie szyi widocznym był okrągławy mięsak wielkości dziecięcéj głowy, sięgający podstawą daleko wgłąb szyi. Cierpień i objawów chorobowych, wskazujących na zajęcie rdzenia kręgowego, nie można było spostrzedz, tak, że niepodobna było domyślać się związku nowotworu z rdzeniem pacierzowym. Po usunięciu wyprysku w celu skutecznego antyseptycznego leczenia przystąpiono dnia 21 lutego 1883 do operacyi. Szypułka, na któréj nowotwór wyrastał, wiodła do przedniéj powierzchni czwartego kręgu, ztąd przez okrągły ubytek kręgu w głąb aż do opony twardéj, z którą tworzyla całość.

Po przecięciu opony twardéj widać było zrośnięcie nowotworu z włóknami nerwowemi przednich korzonków rdzenia kręgowego. Należały one do piątéj pary nerwów. Należenie ich do czwartéj pary usuwa brak zupełny porażenia przepony. Wszystkie te korzonki zrosłe z nowotworem wycięto u samego rdzenia. Natychmiast po obudzeniu się choréj z narkozy stwierdzono zupełne porażenie ramienia i prawie zupełne przedramienia. Ruchy rąk i palców, oraz czucie całéj odnogi nie uległy zmianie. Powyższy przypadek ciekawy jest zarówno ze stanowiska chirurgii jak i fizyjologii. Wycięcie bowiem nowotworu wewnątrzkręgowego przez Dra Kni stanowi pierwszy przypadek tego rodzaju operacyi (drugiéj analogicznéj dokonali 12go czerwca 1888 roku Drowie Gowers i Horsley). Mikroskopowe badanie wykazało, że nowotwór jest t. zw. *Sarcoma fusocellulare fasciculatum myxomatosum*, i że cząstkę jego stanowiła opona twarda, zmieniona zupełnie na tkankę mięsakową. — Brak objawów rdzeniowych tłómaczy się nadzwyczaj powolnym rozwojem mięsaka, powstałego w gruczołach limfatycznych. Przypadek ten rzuca swiatło na lokalizacyję pewnych włókien ruchowych splotu barkowego. Porażone były mięśnie *deltoideus*, *teres minor*, *supraspinatus*, *infraspinatus*, *latissimus dorsi*, *subscapularis*, *brachialis internus*, *triceps*, *supinator longus* (w połowie) i *pectoralis maior*, a zatém w korzonku przeważnie piątéj pary nerwów biorą początek włókna ruchowe nerwów: *axillaris*, *suprascapularis*, *subscapularis*, *musculo-cutaneus*, *thoracicus anter.* i włókna ruchowe *nervi radialis*, idące do *m. triceps*. Przypadek ten potwierdza także tezę fizyjologii nerwów, że ścisły związek topograficzny włókien ruchowych w rdzeniu, a więc i w przednich korzonkach, jest oparty na zasadzie wspólności funkcyi. (*Chirurgiczeskij Wiestnik.* 1888, str. 655). *A. W.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu towarzystwa lek. hamburgskiego pokazywał Fränkel **szczękę dolną dotkniętą zapaleniem szpiku** z choréj, u któréj się to cierpienie rozwinęło po wyjęciu zęba w dwa dni po têm. Drogą dna jamy ust zakażenie szybko się rozszerzało, przeszło na śródpiersie, jamę opłucnową i osierdziową a na trzeci dzień chora zmarła. W dyskusyi nad tym przypadkiem wspomina Schede o ośmiu przypadkach tego samego rodzaju, jakie miał sposobność widzieć; wszystkie skończyły się śmiercią chorych w nader krótkim czasie z powodu posocznicy. W podobnych przypadkach radzi Schede od razu źle rokować. Fraenkel widział takie samo zejście w swoich trzech przypadkach. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 45).

(*H. K.*) Na posiedzeniu grudniowém towarz. lek. w Hamburgu przedstawił Waitz pięcioletnią dziewczynę, u któréj w marcu b. r. wykonał **laparotomiję z powodu gruźlicy otrzewny** połączoną z przepłukaniem jamy otrzewnowéj wodą borową. Dziecko to, pochodzące od zupełnie zdrowych rodziców, zaraziła gruźlicą mamka, dwa razy wykonane nakłucie brzucha nie wstrzymało sprawy chorobowéj, opuchlina brzucha wracała. Od czasu nacięcia powłok opuchliny ani śladu. W. mógł łącznie z przypadkami Kümela, Königa, Trzebi¬kyego znaleźć w literaturze 47 podobnych przypadków, trzech umarło z operacyi, 6 z ogólnéj gruźlicy, 34 wyzdrowiało w zupełności. Jak samo nacięcie powłok w tych razach działa, chirurdzy dotychczas jeszcze nie rozstrzygnęli, (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 44).

Medycyna sądowa.

E. Fraenkel (w Hamburgu): **O zmianach anatomicznych w przypadkach szybkiéj śmierci po rozległych oparzeniach.**

Zastanawiając się nad trzema nowszemi teoryjami o przyczynie szybkiéj śmierci po rozległych oparzeniach, a mianowicie: Sonnenburga (zbytnie ogrzanie krwi i porażenie serca, lub zbytnie drażnienie systemu nerwowego a odruchowo zmniejszenie napięcia naczyniowego i zapad), Ponficka (rozpad ciałek krwi, dostanie się ich szczątków w przyrządy wewnętrzne, zatkanie nerek i zmiany miąższowe rozmaitych przyrządów) i Wł. Lessera (ostra oligocytemia), — autor na podstawie 4 przez siebie spostrzeganych przypadków śmierci w ciągu 24 godzin po oparzeniu rozległém dochodzi do przekonania, że błędném jest zapatrywanie Sonnenburga, a uzasadnioném zdanie Ponficka. Znalazł on bowiem wątrobę i nerki mające takie wejrzenie, jak po otruciu chloranem potasowym, zatkanie kanalików prostych a po części i krętych hemoglobiną, zwyrodnienie przybłonka rurek i kłębuszków nerkowych, liczne komórki miazgi śledzionowéj, napełnione kroplami hemoglobiny a po części pęknięte, w komórkach wątrobowych zanik jąder i zmiany degeneracyjne pierwoszcza, a więc ciężkie zmiany w przyrządach brzusznych gruczołowych, a więc przyrządów, które mają służyć do odtruwania ustroju. Drażnienie nadmierne systemu nerwowego i zmniejszenie odruchowe napięcia naczyniowego może mieć znaczenie tylko drugorzędne pod względem wywołania śmierci szybkiéj. W obec szybko następującéj śmierci komórek ważnych dla życia dziwić się nie można, że dotychczas wszelkie usiłowania lecznicze pozostały bez skutku a widoki w téj mierze zawsze pozostaną smutnemi. (*D. med. Woch.*, 1889, Nr. 2). *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 czerwca 1888 r.

Przewodniczący Dr. Ziembicki. Obecnych członków 16.

Kol. Schram przedstawił chorego po operacyi ropnia płucnego.

Kol. Mahl przedstawił chorą z *hygroma colli* Bayera. Kol. Kadyi uważa to za *struma* gruczołu tarczykowego dodatkowego; sprzeciwiają się temu kol. Schram i Ziembicki, zgadzając się z rozpoznaniem kol. Mahla.

Kol. Ziembicki przedstawił chorego *post exarticulationem humeri cum resectione totali partis acromialis scapulae*, u którego było złamanie ułatwiające wyłuszczenie ze stawu barkowego. *Dr. Wiczkowski.*

V. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Samuel, oboźny koronny, wnuk Strusiówny, zginął, jak wyżéj powiedziano, pod Batogiem; zostawił trzech synów. Dwaj z nich, Jerzy i Józef, młodzieniaszkami pomarli; najmłodszy Marcin Adam, starosta gniewkowski, prawnuk Strusiówny, doczekał lat średnich; zostawił z Krystyny Zebrzydowskiéj jednę tylko córkę. Po mieczu na nim ród wygasł w przeciągu lat jakich 75. A co większa, jedynaczka ta jego Helena, połączyła się węzłem dożywotnim ze Stanisławem Morsztynem wojewodą sandomierskim (1712 † 1728), miała z nim tylko córkę, „która młodo w panieńskim stanie umarła...“ Ród więc w prostéj linii wygasł i po kądzieli. Jednocześnie potomstwo trzech młodszych córek Strusiówny wymiera, i ogromna fortuna Kalinowskich spływa do domu Potockich, którzy właśnie pochodzili od najstarszéj Zofii, żony hetmana Rewery.

Zsumujemy, co się powiedziało wyżéj. Obłąkanie ze strony kobiety w pierwszém pokoleniu prowadzi za sobą pewne następstwa, ujawniające się w jéj potomstwie; drugie pokolenie uosabia się w trzech męzkich osobnikach, a z nich jeden, co najmniéj z konstytucyją neuropatyczną, zostawia jedynego spadkobiercę, wyobrażającego trzecie pokolenie; w czwartém — trzech, na których ród po mieczu wygasa. Ze strony czterech córek, trzy rodzą tylko dziewczęta, a w końcu nie bacząc na ciągłą przymieszkę nowych soków, wygasa krew Kalinowskich do tego konaru należących i po kądzieli... — Jeżeli jednak dla braku szczegółów, o które współcześni nie dbali, nie zupełnie jasno uwydatnia się stosunek między pierwiastkiem szału wniesionym do rodu, a jego ostatecznemi następstwami w zstępujących tego rodu pokoleniach, to z drugiéj strony znajdujemy gniazda, w których na téj dokładności nie zbywa. — Prototypem wygasania z powodów patologicznych mogą służyć książęta Ostrogscy. I tu kobiety utrzymują się dłużéj. Naprzód usycha pień główny, potém giną boczne gałązki, choć przeszczepione na grunt żyzniejszy, więc zdrowszy. By nas jednak nie pomawiano o przesadę, o pewne naciąganie faktów, rozpatrzmy dzieje kilku ostatnich pokoleń, a i z tych nawet skąpych źródeł, które nam przekazała historyja, dużo nauczyć się będzie można. Co było powodem zboczeń umysłowych w téj rodzinie rozpowszechnionych, doszukać się trudno. To tylko pewna, że pierwotne formy, to jest tak zwane nerwice umysłowe, czy to noszące cechy podniecenia, czyli téż przygnębienia, przeobrażają się z kolei na zwyrodnienia umysłowe, występujące przeważnie pod postacią obłąkania religijnego, któremu towarzyszy całe rojowisko przypadłości właściwych: więc marzenia senne, przywidzenia, złudzenia i omamy, połączone z przytłumioną, a niekiedy zupełnie zniesioną działalnością czuciową (*anaesthesia*). Bardzo być może, iż szermierki teologiczne, a w skutek ich nienależycie zrozumiana pobożność, pociągająca za sobą umartwienia ustroju, obok zaś tego nadużycia wszelkiego rodzaju, podkopujące tenże organizm, niezdolny oprzeć się wstrząśnieniom, — wytworzyły właśnie stan patologiczny, który wygaśnięcie rodu miał za następstwo.

Rozpatrzmy teraz genealogiję, uwzględniając w niéj tylko męzką połowę. Na wstępie zaznaczamy, że spory poczet Ostrogskich klasztornemu poświęcił się życiu. I tak, jeden z protoplastów, Fedor, pod koniec „rzucił na zawsze marności tego świata i przyodział miasto złotogłowia skromną suknię mniszą,“ pod imieniem Fedosia; spoczywa w Ławrze kijowskiéj. Jednocześnie żona jego Agafija została zakonnicą pod nazwą Agrypiny [1]. Aleksander, brat Fedora, dokonał żywota w monasterze św. Bazylego [2]). — Wasil (r. 1430) miał dwóch synów, którzy oddzielnie przybrali nazwiska: Iwana Krasnego ks. Ostrogskiego (1505) i Jurya Zasławskiego (1496). Otóż jeden z dwóch następców ostatniego,

[1]) Kronika Ostroga przez Kardasiewicza; rękopism. —
[2]) Boniecki: Poczet rodów, s. 229.

Andrzéj, kawaler, był „niespełna rozumu“ i za takiego uznany przez rodzinę i „przez stany“ [1]). Bratem jego stryjecznym jest jedynak wyżéj wspomnianego Iwana Krasnego, Konstanty, wojewoda trocki, hetman wielki litewski (1530); dzieci więc ostatniego dotknięte są spadkobierstwem ubocznėm, według zdania psychijatrów, bardzo niebezpiecznėm. Konstanty, drobnéj „statury,“ wątły rycerz, zdobywa w kraju największe zaszczyty. Z pierwszéj żony Tatiany Holszańskiéj zostawia syna Ilię; z drugiéj, Aleksandry Słuckiéj, Wasila Konstantego. Dodać winniśmy, że ta druga małżonka, dotknięta była melancholiją religijną, cała ciągle i wyłącznie oddana praktykom kultu wschodniego, nie rozumiała innego nad klasztorne życie. — Z kolei o potomstwie hetmana wielkiego litewskiego, reprezentującém drugie pokolenie; zaczynamy bowiem rachunek nasz od chwili, kiedy w genealogii występuje wyraźne zboczenie umysłowe. — Ilia jest starszym w rodzie, ale życie jego nie długie, jakby tajemnicą osnute, ciemne i niewyraźne; niewiele téż o nim powiedzieć potrafimy. Nawet roku urodzin nie odszukaliśmy; może się bił z Tatarami, jak utrzymuje Niesiecki, ale kto się z niemi nie bił w owéj epoce? Toż jako starosta bracławski i winnicki (od r. 1530-go) stał na posterunku najwięcéj na zatargi z dziczą ordyńską narażonym. We wczesnéj młodości jakieś sercowe przygody zabiegły mu drogę. Ojciec umówił się z Jerzym Radziwiłłem: tamten miał syna, ten córkę Hannę; postanowili połączyć ich węzłem dozgonnym. Ale jakoś się kawaler nie spieszył, wykręcał, więc niedoszły teść obrażony, skarżył go przed królem w r. 1537-ym. Ilia wówczas mieszkał w Krakowie, prowadził życie wielkoświatowe, „z Augustem królewiczem gonił na weselu na ostre w gończéj zbroi“ [2]), a Zygmunt Stary przeznaczył go już był Beacie Kościeleckiéj, przybranéj córce Andrzeja podskarbiego koronnego, właściwie zaś córce swojéj z Katarzyny Telniczanki Szlązaczki zrodzonéj. Jakoż pobrali się w r. 1539-ym. Nie doczekawszy rozwiązania żony, zmarł Ilia w kilka miesięcy po ślubie, a wdowa powiła dziewczynę Elżbietę, znaną w dziejach pod nazwą Halszki. Że kobieta wniosła w dom starszego Ostrogskiego usposobienie do chorób umysłowych, nie ulega wątpliwości; udowodnić to możemy przez analogiję. Brat jéj Zygmunt August, hypochondryk, ulegał napadom zadumy, połączonéj ze złudzeniami zmysłów; sama zaś Beata dotknięta obłędem pieniackim, pod koniec życia, w Kesmarskim zamku zamknięta, zniedołężniała zupełnie pod względem umysłowym. Więc też dziecię z tego małżeństwa przyszło na świat podwójnėm spadkobierstwem obciążone, a że nie dbano o zapobieżenie złemu, przeciwnie okoliczności układały się na niekorzyść Ilinéj córki, przeto w końcu uległa szaleństwu, które przedzierzgnęło się w obłąkanie ogólne, zawsze atoli napadami podniecenia przeplatane; w Ostrogu téż „w pomieszaniu zmysłów żywota dokonała“ [3]). Zeszła ze świata nie zostawiając potomstwa. — Wasil Konstanty, młodszy brat Ilii, wojewoda kijowski, najbogatszy pan w Rzeczypospolitéj, żeni się z Zofiją Tarnowską, córką hetmana Jana Magnusa, która w dom jego, obok zachodniego poloru, wniosła gruźlicę dziedziczną; toż rodzony jéj, Jan Krzysztof kasztelan wojnicki, „słabe miał od suchot zdrowie,“ umarł licząc lat 30; inny brat, także Jan, kanonik krakowski, nie dobiegł nawet tego kresu, a i ks. Ostrogska niewiele dłużéj żyła. Małżonek wzmiankowanéj pani, to swego rodzaju *megaloman*, dotknięty obłędem wielkości. Ażeby mieć „górnego wojewodę“ na usłudze, choćby dwa razy do roku, płaci mu pensyję, przenoszącą pół milijona złotych dzisiejszych; po cerkwiach wznosi cenne bronzowe konfesyjonały (loże), w których się zamyka podczas nabożeństwa, a jednocześnie zrujnowanego zamku kijowskiego wzbrania się podźwignąć, tłumacząc się brakiem środków, więc do stanów udaje się o zapomogę. Co większa przez lat 26 nie płaci do skarbu podatku podymnego, który przez ten czas zalegał w kwocie wynoszącéj 2,600.000 zł. dzisiejszych, o co był dany pozew księciu przez króla Zygmunta III-go w Marcu r. 1597-go. Zelant religijny, to się przechyla na stronę unii, to znowu ogromne koszta łoży na druk Biblii, która jego imię uwieczniła. Uczony, a na dworze chowa błazna Bohdana, zachwycającego chlebodawcę niezwykłém obżarstwem. Wykształcony, a bojuje ze średnim synem o to, że przyjął łaciński obrządek; szczególniéj na tego syna spada gniew jego, w przejawach swoich nieprawidłowy, chorobliwy, choć najstarszy syn Konstanty dawniéj był już przeszedł na łono rzymskiego kościoła. — I jakież to są tego gniewu przejawy? Naprzód odosobnienie — to jeszcze rozumiemy; następnie nasyłanie mnichów, żeby mu nową wiarę zohydzili — i to rzecz naturalna. Gdy to jednak nie pomogło, zabrał rzekomego winowajcę do Dubna, i tam z dworską czeladzią nocować kazał. „Wesołém to okiem przyjął Janusz,“ opowiada heraldyk Niesiecki; „a gdy się wszyscy snem zmorzeni uspokoili, przyszedł w głęboką noc ojciec, i ujrzawszy Janusza na gołéj ziemi, między innymi spoczywającego, dobył szabli i do cięcia się nią zmierzył.“ Wtém niby ze snu porwie się Janusz i proponuje ojcu, żeby zamordował go raczéj jego własną szablą, niżli tą, którą nieprzyjaciół gromił [1]). Istny szał przemijający, napotykany u osób cierpiących na padaczkę. Doprawdy przychodzi się wierzyć współczesnemu szlachcicowi, stronnikowi Olbrachta Łaskiego, z jego ramienia procesującemu księcia Ostrogskiego, gdy ten utrzymuje, że wojewoda kijowski, dotknięty „czarną chorobą“, ale ludzie mało o niéj wiedzą, bo ta w nocy i to podczas snu, „kiedy pierwsze kury pieją“, napastować księcia zwykła. (C. d. n.).

[1]) Boniecki: Poczet rodów, s. 405. — [2]) Wzmianka tu o uroczystościach ślubnych Izabeli z Janem królem węgierskim, które się odbyły 1-go Lutego r. 1539-go. (Górnicki, Dzieje, s. 285). — [3]) Gwagnin, fol. 8.

[1]) Niesiecki, VII. 187.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

M. Wolff: O oddziedziczaniu chorób zakaźnych.

Ważna kwestyja oddziedziczania chorób zakaźnych doczekała się w głównych swych zarysach sumiennego opracowania. Autor badał stosunki, wśród których przeniesienie wąglika z ustroju matczynego na dziecięcy miejsce mieć może, równie jak wpływ szczepienia krowianką matki z uwzględnieniem dziecka, wreszcie o ile przeniesienie ospy jeszcze za życia śródmacicznego jest możliwe. Szczepił on 9 ciężarnych świnek morskich i królików wąglikiem, przezco też w przeciągu 36 godzin do 3 dni ginęły a w wydobytych płodach poszukiwał tak drogą hodowli jak i drogą mikroskopową oraz przez przeszczepianie cząstek ciała innym zwierzętom podskórnie, o ile prątki wąglikowe z ustroju matczynego na dziecięcy przeszły. Drogą mikroskopową nie znalazł on w 29 płodach nigdy prątków tych, w 156 hodowlach 6 razy, a przez przeszczepianie cząstek ciała płodu jedynie 3 razy zdołał wąglik wywołać. Co do wyników z pomyślnym rezultatem autor nie jest w stanie wykluczyć możności uchwycenia cząstek z ciała matki. Z wyników zaś swoich wnosi, że przy nieuszkodzonėm połączeniu ustroju dziecięcego z matczynym prątki wąglika z tegoż ostatniego na pierwsze przechodzić nie są w stanie, i że jeżeli to istotnie miało miejsce, koniecznie jakieś chorobowe zakażenie w krążeniu macicznėm ma miejsce. Podczas gdy w naczyniach macicznych i łożyskowych prątki te w znacznéj znachodziły się ilości, nie znachodził ich nigdy w kosmówce płodów. W ten sposób badania Straussa, Chamberlanda i Kubawera potwierdzenia nie znalazły. Co do wpływu szczepienia przeciwospowego matki na dziecko badania autora nie zgadzają się pierwotnemi poszukiwaniami. Szczepił on 17cie kobiet ciężarnych z pomyślnym skutkiem, a po porodzie szczepiąc noworodka badał, o ile one na zabieg ten oddziaływały. Przekonał on się, że we wszystkich przypadkach, gdzie szczepienie matki się przyjęło, noworodki również z pomyślnym skutkiem szczepić było można, czyli że szczepienie przeciwospowe matki nie usposabia organizmu dziecięcego odpornie na wpływ ospy. Co się tyczy przeniesienia ospy z ustroju matczynego na ustrój płodowy, czyli t. z. ospy śródmacicznéj, to stwierdza przedewszystkiem autor, że podania w literaturze pod tym względem bardzo są skąpe, sądzi on, że w przypadkach niezbicie stwierdzonych, jak dotychczas bardzo rzadkich, możliwą jest rzeczą, że w obec częstych krwotoków

macicznych w przebiegu ospy spłukanie niejako zarodka krwią matczyną na ustrój dziecięcy do skutku przychodzi. (*Virch. Archiv* T. 112, 1888). *Dr. Karliński.*

(*H. K.*) Dawidsohn podaje w pracy z zakładu hig. w Berlinie: **jak powinien lekarz odrażać narzędzia**, następujące uwagi: Zaraz po operacyi należy zanurzyć narzędzia w zimnéj wodzie, pod jéj powierzchnią powinno się je szczotką z ropy lub innych nieczystości zmywać, strzykawki rurki powinno się parę razy zimną wodą przestrzykać, potém wodą napełnić. Teraz dopiero należy wszystko razem w łaźni parowéj przy 100°C. przez 5 minut gotować. Po wyjęciu z łaźni należy je obetrzeć czystym suchym ręcznikiem i schować. Przed następném użyciem należy narzędzia znowu gotować przez 5 minut a wtedy można operować śmiało bez użycia jakichkolwiek środków przeciwgnilnych. Według zdania D. narzędzia nie psują się po tych zabiegach, ani nie jestto wszystko tak trudne do wykonania, bo naczynie do ogrzania wody aż do wrzenia w każdym domu się znajdzie, skutek jest, bo sposób ten czyni, jak go doświadczenia pouczyły, narzędzia zupełnie aseptycznemi. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 35).

Okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie stłumienia czerwonki w kraju.

L.: 24466.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Jeżeli tego rodzaju badania sumiennie będą przeprowadzone w różnych miejscowościach nawiedzonych czerwonką i wynik tychże c. k. Namiestnictwu podany, natenczas zbierze się obfity materyjał, który może przyczynić się do wykrycia siedziby endemicznéj czerwonki i jéj zarazka i umożebni zaprowadzenie tych zarządzeń, któreby rozwój téj choroby wstrzymały.

Udzielając przeto odpisu tego rozporządzenia wszystkim lekarzom, których Pan używasz do wykonywania spraw sanitarnych jak do sprawdzenia lub dozorowania chorób epidemicznych w powiecie, zechciéj Pan takowym polecić, aby sprawdziwszy czerwonkę starali się w myśl tut. okólnika z dn. 11 stycznia 1887 l. 2031 z wielką ścisłością wykryć źródło powstania téjże w odpowiedniéj miejscowości przez wykrycie pierwszego przypadku téj choroby i podać, czy i zkąd takowa została zawleczoną, lub czy ma się przypuścić pierwotne jéj powstanie i z jakich przyczyn.

W celu zaś stłumienia choroby i przeszkodzenia téjże szerzeniu się, zarządza się co następuje:

1) C. k. lekarz powiatowy ma w czasie panowania czerwonki w powiecie, jakotéż i w maju każdego roku przed pojawieniem się czerwonki, przy każdéj sposobności a mianowicie na rokach tygodniowych zapoznawać naczelników gmin z objawami chorób zakaźnych a w szczególności czerwonki, które są tak charakterystyczne dla téj choroby i łatwo dozwalają rozpoznanie téjże i ich pouczać, jakie szkodliwości przyczyniają się do łatwiejszego powstawania choroby.

2) Obowiązkiem jest lekarzy i chirurgów jakotéż głowy rodzin zawiadomić o każdym chociażby odosobnionym przypadku czerwonki zwierzchność gminną, która ma o tém donieść c. k. Starostwu w celach dalszego zarządzenia.

W razie spostrzeżenia objawów czerwonki u dzieci szkolnych przez nauczycieli mają ci ostatni również obowiązek, wzbraniając dzieciom dalsze przebywanie w szkole, o tém, co zauważyli, donieść zwierzchności gminnéj.

Zaniedbujących ten obowiązek należy pociągnąć do odpowiedzialności (roz. Minister spr. wewn. z 30/9 1857 dz. u. p. l. 19).

3) Po otrzymaniu zawiadomienia ze strony zwierzchności gminnéj o pojawieniu się czerwonki w gminie mają c. k. Starostowie natychmiast delegować lekarza powiatowego na miejsce z poleceniem zaopatrzenia się w potrzebne środki desinfekcyjne tak, ażeby zaraz przy pierwszéj bytności lekarza po sprawdzeniu czerwonki i w obecności lekarza delegowanego desinfekcyja została wykonaną w myśl rozporządzenia wys. Ministerstwa spraw wewn. z 16 sierpnia 1887 l. 20662 ogłoszonego w dzienniku ust. i rozp. kraj. Nr. 56 r. 1887.

4) Wydzieliny chorych na czerwonkę należy o ile możności ująć w naczynie i w sposób podany w instrukcyi powołanéj desinfekcyjonować.

Wypróżnienia chorych dostatecznie zmięszane z roztworem kwasu karbolowego można wylewać do desinfekcyjonowanych dołów kloacznych, jeżeli takowe nie leżą blisko studzien. Na każdy sposób należy z wydzielinami chorych tak postępować, aby nie dostawały się do wody studziennéj lub do wody rzek służącéj do użytku, pod żadnym zaś warunkiem nie wolno ich wylewać, nawet po desinfekcyi na podwórza, gnojowiska albo do ścieków ulicznych.

W domach, w których nie ma dołów kloacznych, należy wydzieliny czerwonkowe dokładnie desinfekcyjonowane wylewać do dołów na ten cel w miejscach odpowiednich wykonanych.

5) Lekarz delegowany, pod którego dozorem w czasie jego bytności w gminie desinfekcyja ma być wykonana, pouczy według potrzeby jedne lub więcéj osób, w jaki sposób ma być przeprowadzona desinfekcyja w myśl powołanéj instrukcyi, do któréj ściśle należy się zastósowywać.

Z pomieszkań, w których znajdują się chorzy na czerwonkę, nie wolno przed dokonaną desinfekcyją wynosić jakichkolwiek przedmiotów, a mianowicie bielizny, pościeli, poduszek, materaców, łóżek itp. a wynieść wolno je tylko w celu palenia lub przeprowadzenia desinfekcyi.

Przedmioty zanieczyszczone wydzielinami czerwonkowemi mają być o ile możności spalone, jak np. słoma ze sienników, bieliznę małéj wartości. Pościel, bieliznę itd. należy umieścić w kubłach na ten cel przeznaczonych w sposob instrukcyją podany desinfekcyjonować i nie prać jéj wspólnie z inną bielizną.

6) W myśl §. 4go a ustawy sanitarnéj z 30 kwietnia 1870. (Dz. u. p. l. 61) należy z całą surowością nalegać na odosobnienie chorych.

W pomieszkaniach dozwalających odpowiedniego odosobnienia chorych od zdrowych należy przystęp zdrowych do chorych wzbronić z wyjątkiem osób potrzebych do pielęgnacyi i w przeciwnym razie mają albo zdrowi być delożowani albo chory przeniesiony do szpitala z konieczności (*Nothspital*).

Przewiezienie chorych na czerwonkę do szpitali powszechnych lub z jednéj miejscowości do drugiéj może być tylko uskutecznione za zezwoleniem c. k. Starostwa (rozp. z 16 kwietnia 1887 l. 15.388).

Wykonanie tych zarządzeń należy ściśle przestrzegać, ewentualnie użyć ku temu celowi żandarmeryi.

W razie przewożenia chorych bez pozwolenia c. k. władzy politycznéj mają winni być ukarani.

7) Zwłoki zmarłych na czerwonkę mają być w trumnie już przygotowanéj jak najprędzéj z domostwa wyniesione a mianowicie wtedy, gdy nie ma odpowiedniego umieszczenia tychże i mają być złożone w trupiarni.

Wystawianie zwłok na widok publiczny jest zakazane, niemniéj wnoszenie zwłok do kościoła lub cerkwi, pogrzeb ma być o ile możności przyspieszonym a orszak pogrzebowy ograniczony. (C. d. n.)

† Rosyja. Przy rosyjskiém towarzystwie fizyko-chemiczném utworzono stałą komisyję chemii stosowanéj, celem badania produktów spożywczych. Oprócz tego wchodzić będą w zakres działalności komisyi kwestyje tyczące się technologii, higijeny, farmacyi i medycyny, o ile one mają cechę chemiczną.

Odesski Wiestnik podaje, że Dr. Kubasów zawiadomił Stowarzyszenie lekarzy wojskowych w Moskwie, iż otrzymał również mikroby raka i wywołał raka u królików za pomocą hodowli czystych.

Kazańskie Stowarzyszenie lekarzy przyjęło w zasadzie na siebie nadzór nad szkołami miejskiemi.

Redakcyja petersburskiego „*Wracza*“ otrzymała list od niejakiego p. Bunina nielekarza, w którym to liście tenże podaje opis wyleczenia się od nieprzyjemnéj i uciążliwéj choroby środkiem dotychczas nie używanym w medycynie. W ciągu 7 lat p. Bunin cierpiał na trądzik i czyraki, których ilość dochodziła w pewnych porach roku do 40 równocześnie. Niektóre z nich dosięgały wielkości kurzego jaja, ropiały zwykle bardzo długo i trwały przez całe miesiące. Choroba była tak uciążliwą, że chory myślał nieraz o samobójstwie. Brat jego doznawał takich samych cierpień przez lat 17. Żadne środki lekarskie nie pomagały, aż wreszcie za poradą niejakiego p. Dołomanowa zaczął p. Bunin zażywać kwiaty rośliny *Tanacetum vulgare* po 5—10

kwiatów codziennie z rana przed jedzeniem. Po 3 dniach tego leczenia czyraki już się zaczęły goić, a po 2 tygodniach nie zostało żadnego pryszczyka na skórze. Środkiem tym wyleczył autor swego brata i jeszcze 5 osób. Redakcyja czyni uwagę od siebie, że *Tanacetum vulgare* jest oddawna znanym środkiem ludowym i przeciw innym chorobom, jak np. przeciw glistom, i zawiera w sobie wcale nie obojętne istoty.

Wedle rozporządzenia odesskiego generał gubernatora utworzono osobną komisyję dla bakteryjologicznego badania wody we wodociągach odesskich.

† Anglija. Największą może wziętością w świecie cieszy się *The British Medical-Journal*, wydawany przez towarzystwo lekarskie. Wedle ostatnich danych rozchodzi się on więcéj niż w 15.000 egzemplarzy.

Niejaki Francis Galton podaje oryginalny środek mierzenia stopnia znużenia uczniów w szkołach. Uczniowie wziąwszy się za ręce tworzą wraz z profesorem zamknięte koło. Następnie zamykają oczy, a profesor, zauważywszy położenie wskazówki sekundowéj na zegarze ściska swego sąsiada, ten następującego i t. d., dopóki uścisk nie powróci do profesora. Ten odstęp czasu podzielony przez liczbę uczniów wskazuje średnią wrażliwość tychże. Zwykle przechodzi uścisk w ciągu 1 sekundy przez 12—15 osób.

Członkowie londyńskiego „*Camera-Club*“ Hurry Fenwick i Gearson Cooper zajmują się oddawna fotografowaniem pęcherza moczowego u ludzi i wkrótce ogłoszą rezultaty swych badań, a mianowicie sposób, ułatwiający znakomicie rozpoznanie chorób pęcherza moczowego.

† Francyja. Paryska Akademija lekarska rozpisała konkurs Orfili na r. 1890 (2000 franków nagrody) za najlepszą pracę na temat: „Czy istnieją w powietrzu, wodzie lub w ziemi organizmy lub istoty czysto chemiczne wywołujące malaryję, jeżeli wejdą do organizmu zwykłemi drogami, lub zostaną tam wprowadzone w celu doświadczeń.“ Termin nadsyłania prac napisanych po francusku lub po łacinie z dewizami do końca Lutego.

Dr. Dujardin-Beaumetz w uwagach swych o stanowisku lekarzy i wykładach nauk lekarskich w Rosyi, dowodzi, że Francyja powinnaby naśladować Rosyję w ustanowieniu egzaminu doktorskiego dla osób, pragnących poświęcić się nauce, a także założyć u siebie kliniki propedeutyczne dla zaznajomienia studentów z elementarnemi sposobami badania i leczenia chorych.

Prefekt departamentu Sekwany zwrócił się do rządu z przedłożeniem, aby w interesach sanitarnych zarządzono przymusowe wywłaszczanie z gruntów pod budowę szpitalów dla chorych na zakaźne choroby.

† Niemcy. W Hamburgu zaczęło wychodzić nowe pismo poświęcone specyjalnie organom moczopłciowym p. t. *Internationales Zentralblatt für d. Physiologie und Pathologie d. Urogenital-Systems* pod redakcyją prof. Preyera i Zülzera.

○ **Wpływ dobrego mieszkania na długość życia.** Martin, przełożony stowarzyszenia mieszkań robotniczych w Dublinie stwierdził, że z 1000 mieszkańców domów stowarzyszenia zmiera zaledwie 17, gdy roczna średnia śmiertelność Dublinu wynosi 30,5. Z tego wynika, że w Dublinie zmiera rocznie około 3000 osób, których przyczynę śmierci stanowią nie korzystne stosunki mieszkania. Odpowiednie liczby z Bloomsbury dzielnicy Londynu dają w tym względzie jeszcze więcéj uderzający przykład. Północna część ma ulice szerokie, domy miernie zamieszkałe, posiada kilka placów; południowe natomiast ulice wąskie bez dostatecznego światła i powietrza i nader gęsto zaludnione mieszkania. Gdy ogólna śmiertelność wynosi średnio 15 z 1000 rocznie, w południowéj części wynosi przeszło 43 z 1000 żyjących. Obok jednak złych mieszkań winą tego są: pijaństwo, niemoralność i ubóstwo z własnéj winy. (*Schw. Blätt. f. Gesundhtspflege* 1888, Nr. 10).

○ Paryski słynny dentysta Evans podaje, że natężająca praca umysłowa wywiera szkodliwy wpływ na zęby u dzieci, a mianowicie, że zęby wcześnie wypadają, ma to zaś miejsce zwłaszcza u dzieci, które się wczas uczyć rozpoczęły. Im więcéj pracy żąda się w późniejszym wieku szkolnym, tém zdolniejszym do oporu winien być ustrój uczniów. Obowiązek uczęszczania do szkoły winien zatém rozpoczynać się dopiero od 7-go roku, a nie w 6-tym jak w Niemczech. Fosfor i wapno, których zęby do należytego rozwoju potrzebują, bywają zdaniem E. zużyte w mózgu, który się musi natężać. Arcyksięciu Rudolfowi i księciu Napoleonowi zęby wcześnie się psuły. Jakkolwiek teoryja E. jest ciekawą, przecież nasuwa się myśl, dla czego tylko zęby a nie kości także przy umysłowém natężaniu ubożeć mają w fosfor i wapno. (*Ztschrft f. Schulgesundhtspflege* 1888, N. 10).

○ W Neapolu wpływ wodociągów okazał się bardzo zbawiennym. Nowo zaprowadzonemi wodociągami zaopatrzono miasto w r. 1885 bardzo obficie w dobrą wodę. W 3 latach przed wielką epidemiją cholery w r. 1884 przyjęto do szpitali dla gorączkowych 845 chorych, w 3 latach zaś po epidemii cholery 1885—1887 spadła ta liczba przez rozpowszechnienie dobréj wody do picia na 235 przypadków, okazuje zatém ubytek 73%. (*Zeitschrift f. Nahrungsmittel*).

○ Światło elektryczne i higijena. W jednym z większych zakładów bankowych zaprowadzono przed dwoma laty oświetlenie elektryczne. Obecnie okazało się, że od tego czasu urzędnicy mniéj chorują, tak iż na każdego z urzędników wypada rocznie o dwa dni mniéj dni opuszczonych z powodu choroby niż dawniéj. Dla zakładu, w którym zajętych jest wielu urzędników, przedstawia to oszczędność ośmiu urzędników a więc znacznie mniejszy wydatek. Koszta oświetlenia elektrycznego, które pierwotnie są wyższe niż przy gazie, są w skutek tego w rzeczywistości mniejszemi, pomijając już to, że urzędnicy w znacznie korzystniejszych stosunkach atmosferycznych lepiéj pracują. (S. R. X. 112). *Gesundheit*, 1889, Nr. 1).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 stycznia. Na ostatniém posiedzeniu swém Wydział lekarski na wezwanie Wydziału krajowego na opróżnione miejsce członka komitetu administr. szpitala św. Łazarza w Krakowie zaproponował proff. Obalińskiego i Browicza.

* Towarzystwu filozoficznemu amerykańskiemu zachciało się utworzyć międzynarodowy język naukowy, a towarzystwo lekarzy praktycznych w Paryżu po krótkiéj dyskusyi nad przesłanym wnioskiem wyznaczyło pod przewodnictwem Dujardin Beaumetza komisyję, celem zastanowienia się nad tą sprawą Na posiedzeniu tego towarzystwa niejaki Dr. Nicolas przemawiał za utworzeniem rodzaju Volapüku. Przeciw temu zapatrywaniu występuje w broszurze, którą mamy przed sobą, Dr. Jasiewicz, dowodząc, że wcale nie zachodzi potrzeba tworzenia języka międzynarodowego, a zresztą istnieje język, który czyni zadosyć wszystkim wymogom, a tym językiem jest francuski, hasłem więc jego jest: *adoption du français*. Nie wątpimy, że francuzi na ten wniosek się zgodzą i pozostawią amerykanom zachcianki tworzenia języka, tak jak budują koleje i mosty. Ale szkoda także czasu i atłasu na propagowanie języka francuskiego; każdy naród uważa język swój za skarb najświętszy, którego nie pozbędzie się dla rezolucyj jakichś towarzystw!

* **Lwów**. W skład Wydziału Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. na r. 1889 weszli: Dr. Merczyński jako przewodniczący; Dr. Pawlikowski jako zastępca przewodniczącego, Dr. Lebedowicz jako sekretarz naukowy. Delegatami na walne zebranie wybrani zostali: Dr. K. Dębicki, Dr. Sielski, Dr. Wiczkowski; na ich zastępców: Dr. Berezowski, Dr. Schmidt.

* **Niemcy**. W Królewcu niezadługo urządzony zostanie zakład dentystyczny.

Drowi Metzgerowi, przesiedlającemu się z Amsterdamu do Wiesbadenu, rząd niemiecki udzielił aprobaty jako lekarzowi, uprawnionemu do praktyki na całym obszarze cesarstwa.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Wiedeń**. Wydział lekarski przedstawił jako następcę Leidesdorfa prof. Krafft-Ebinga z Gracu i to *unico loco*. — **Dorpat**. Docent prywatny Dr. Jan Brock w Getyndze powołany został jako zwyczajny profesor anatomii porównawczéj, embryjologii i histologii. — **Heidelberg**. Nadzw. prof. fizyjologii Steiner zrzekł się swéj godności i przesiedla się do Kolonii. — **Lund**. Dr. Fürst mianowany został nadzw. prof. anatomii i histologii. — **Budapeszt**. Katedrę kliniki lekarskiéj ma otrzymać prymaryjusz prof. Kétly, osieroconą

po Baloghu katedrę farmakologii prof. Högyes, w miejsce którego katedrę patologii ma otrzymać prof. Bokai z Klausenburgu. Na katedrę anatomii opisowéj proponowani zostali prof. antropologii Aureli Török, Dr. Thanhoffer, prof. w zakładzie weterynarskim i Dr. Davida prof. anatomii w Klausenburgu.

* **Nekrologija.** W Czechach umarł w sędziwym wieku lekarz prakt. Wölfler, ojciec profesora chirurgii w Grazu; w Czerniowcach radzca zdrowia Dr. Ludwik Plohn, b. fizyk miejski licząc lat 89. — W Chrystyjanii umarł z zap. płuc prof. Dr. Jakób Worm-Müller, znany z prac fizyjologicznych uskutecznionych w zakładzie Ludwiga. (Urodził on się w r. 1834 w m. Bergen).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 1: Krajewskiego i Wróblewskiego: Rak krtani. Całkowite wycięcie krtani; Jaworskiego: Z dyjagn. i terap. chorób żołądka (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Brunera: O czynności ruchowéj żołądka; Jasińskiego: *Astasia congenita* (c. d.); Puławskiego: Z kazuistyki chorób żołądka (dok.)

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Matlakowskiego: Przypadek wyleczonéj promienicy. Kijewskiego: O promienicy u człowieka; Brunera: O czynności ruchowéj u człowieka (dok.). — W *Medycynie* Nr. 2: Krajewskiego i Wróblewskiego: Rak krtani (c. d.), Jaworskiego: Z dyjagn. i terap. chor. żołądka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

JASIEWICZ: Observations générales s. l. projet d'adoption d'une langue scientif. internat. Paris, 1888, in 8vo, str. 15. — Dr. STRAWBRIDGE: Operation f. th. formation of an artif. pupil through the sclerot. coat. (Odbitka z *The med. News*, 1888), in 8vo, str. 12. — J. ZAWADZKI. Działanie siarczanu sodu na krew i mocz. (Odbitka z *Gaz. Lek*, 1888), in 8vo, str. 15. — Prof. UNGAR: D. Bedeutung d. gerichtl. Medicin u. d. Stellung auf deutschen Hochschulen. (Odbitka z *Viertelj. f. ger. Med.*, 1889), in 8vo, str. 22.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. J. K. w Insbruku. Życzeniu kolegi stanie się zadosyć. Rozprawa Dra Rollego będzie do nabycia w osobném odbiciu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie.

W celu obsadzenia posady **lekarza sanitarnego** w Dolinie za kontraktem służbowym z siedzibą w Dolinie, ogłasza się konkurs z terminem do 1go marca 1889.

Z tą posadą połączone jest roczne wynagrodzenie 315 złr. za wykonywanie funkcyi lekarskiéj. Dotyczące podania zaopatrzone w dowody wieku, osiągniętego stopnia doktora medycyny i chirurgii, dotychczasowéj praktyki lekarskiéj, należy wnieść do podpisanego c. k. zarządu.

Z c. k. Zarządu salinarnego

w Dolinie, dnia 12 stycznia 1889. 14—1—1

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 2 Lutego 1889. Nr. 5.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Podał **Dr. Justyn Karliński.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Nie potrzebuję chyba dodawać, że wszelkie do badania użyte narzędzia jak prątki, kolbki, pipetki itd. należycie działaniem suchego powietrza o ciepłocie 160°C. przez 1 godzinę były zjaławiane, że nigdy liczebnych wyników do jednego obliczenia nie ograniczałem, lecz do każdego doświadczenia średnio 5 obliczeń przeprowadzałem. Po wstępnych tych doświadczeniach przystąpiłem do badania zachowania się prątków durowych, cholerycznych i wąglikowych w wodzie.

Prątki durowe, użyte do doświadczenia, pochodziły z młodych hodowli na pożywce gelatynowéj, otrzymanych przed rozpoczęciem doświadczeń z śledziony osoby zmarłéj z duru brzusznego, ich przyroda i żywotność na rozmaitych pożywkach stwierdzoną została. Prątki te spłukiwałem prądem wody zjałowionéj z ukośnie skrzepłéj pożywki gelatynowéj, na któréj hodowle wzrosły były i z zawiesiny takiéj dodawałem za pomocą zjałowionéj pipetki odpowiednią ilość do jałowéj wody destylowanéj a ztąd dopiero do kolbki wodę badaną zawierającéj, w któréj najprzód pierwotną ilość grzybków obojętnych, a po dodaniu ilość drobnych grzybków durowych drogą metody płytkowéj oznaczałem. Dodać winienem, że właśnie celem uniknięcia domieszki cząstek pożywki gelatynowéj zawiesiny z prątków durowych nie dodawałem wprost do wody badanéj, lecz dopiero po rozcieńczeniu jéj w wodzie jałowéj destylowanéj, aby w ten sposób ile możności uniknąć wpływu wprowadzonéj pożywki na możność rozmnażania się grzybków w wodzie.

Ponieważ przy doświadczeniach podobnych łatwo wydarzyć się może, że ilość grzybków w pojedyncze kolonije na płytkach rozwijających się jest tak znaczną, że liczenie ich wielkie napotyka trudności a przez zbyt bliskie nagromadzenie rozwój pojedynczych kolonij może być upośledzonym, stosowałem zawsze odpowiednie rozcieńczenie wyjętych zjałowioną pipetką próbek w jałowej wodzie destylowanéj, przez co do hodowli płytkowych używałem ilości wody pierwotnéj 0·01—0·001cm.^{3}, co mi otrzymanie na płytce 60—100 kolonij umożliwiało, które łatwo i swobodnie rozwijać się i zliczonemi być mogły.

Tak samo postępowałem z grzybkami cholerycznemi, pochodzącemi z pracowni prof. Weichselbauma w Wiedniu, a hodowanemi na pożywce agarowéj w ciepłocie termostatu.

Ponieważ do doświadczeń moich prątków wąglikowych wolnych od zarodników użyć postanowiłem (chodziło mi o kontrolę doświadczeń Dra Krausa, który również prątków bezzarodnikowych używał był) a takowe nader trudno z hodowli otrzymane być mogą, szczepiłem króliki świeżemi hodowlami grzybka tego i po dwudniowém zakażeniu oczyściwszy i zjałowiwszy dokładnie pole operacyjne wypuszczałem z żył uśpionego eterem zwierzęcia odpowiednią ilość krwi, zawierającéj bezzarodnikowe prątki wąglikowe.

Wiem dobrze, że przez dodanie krwi do wody badanéj zmieniają się naraz warunki bytu dla mikroorganizmów tamże się znajdujących, gdyż dostarczony im zostaje poważny zapas materyjału odżywczego, że przeto wyników z doświadczeń w ten sposób otrzymanych nie można, ściśle biorąc, porównać z wynikami przy dodaniu prątków durowych lub cholerycznych otrzymanemi, ale użyłem sposobu tego z uwagi, że rozchodziło się o prątki bezzarodnikowe [1]), oraz w uwzględnieniu, że w naturze również przeważnie o takież rozchodzić się może. Prątek wąglikowy nie tworzy we krwi lub narządach zwierzęcych zarodników, nie tworzy ich w ciepłocie poniżéj 16°C., a więc jeżeli się o zakażenie wody prątkiem tym rozchodzić w ogóle może, z krwi lub narządów bydlęcia padłego w wodzie pogrążonego tylko prątki bezzarodnikowe do téjże przechodzić mogą [2]).

[1]) Prątki wąglika zarodniki posiadające, jak to Koch stwierdził był, długi czas w wodzie żywotność swą zachowywać są w stanie.

[2]) Nie mam zamiaru przeczyć, jakoby prątki bezzarodnikowe z krwi na powierzchnię ziemi opadłszy, tu zarodniki wy-

Co 24 godzin, jak to już wspomniałem, wyjąwszy zjałowioną pipetką odpowiednią ilość wody za pomocą metody płytkowéj oznaczałem ilość znajdujących się kolonij grzybków chorobotwórczych w 1cm.³, kontrolując zawsze wejrzenie kolonij za pomocą mikroskopu.

Z doświadczeń moich otrzymałem wynik, że prątek durowy dodany do wody studziennéj lub wodociągowéj stałą ciepłotę 8°C. okazującéj ginie w ciągu dni *6*, prątek przecinkowy Kocha wytrzymuje pobyt przez godzin *48*, prątek wąglika już po *72* godzinach obumiera.

Z każdym z wyż wspomnianych grzybków chorobotwórczych przeprowadzono 15 doświadczeń dodając każdym razem do wody badanéj rozmaite ilości grzybków tych, których ilość dla prątka durowego wahała się między 40 a 30.000 w 1cm.³, dla prątka cholery między 60—36.000, dla wąglika między 25—11.000 w 1cm. Dodając do wody studziennéj lub wodociągowéj wielkie (10000—26000 w 1cm.³) ilości grzybka durowego obserwować mogłem znikanie z dnia na dzień, a jedynie 2 razy i przy dodaniu bardzo wielkiéj ilości grzybków takowe w 6ym dniu pobytu w wodzie znikającą prawie ilością kolonij (8—10 z 36000 pierwotnych) jeszcze reprezentowane były. Po dodaniu względnie małéj ilości grzybków durowych zauważyć mogłem zupełne ich obumarcie już po 3—4 dniach.

Prątek cholery Kocha, i to wprowadzony do wody w bardzo wielkiéj ilości (36000 okazów w 1cm.³), raz tylko jeszcze po 72 godzinach można było wykazać, w mniejszéj ilości wprowadzony ginął po 48 względnie po 24 godzinach. Tak np. z 60ciu pierwotnie w 1cm.³ znajdujących się grzybków już po 24 godzinach ani jednego wykazać nie mogłem, podczas gdy z 36000 okazów po 72 godzinach jeszcze 14 kolonij w 1cm.³ pozostalo, które w dniu następnym całkiem zginęły, a 9000 w 1cm.³ po 48 godzinach było ich 200, po 72 godzinach ani jednéj nie znalazłem.

Z wielkiéj ilości prątków wąglikowych z krwią do wody wprowadzonych znikoma prawie ilość kolonij po 72-godzinnym pobycie wyhodować się dało, mniejsze ilości (25—700) ginęły doszczętnie po 24—48-godzinnym pobycie.

Że w doświadczeniach moich istotnie obumieranie a nie np. osadzanie się wprowadzonych prątków na dnie kolbki miejsce miało, przekonać się mogłem wstrząsając przed każdém wyjęciem próbki dokładnie kolbką Erlmejerowską celem uniknięcia możliwego przeoczenia małych ilości prątków. Przyczyny obumierania szybkiego prątków wprowadzonych w wodzie szukać musimy w dwóch czynnikach 1) w niekorzystnym wpływie ciepłoty, 2) w wpływie grzybków wodę zamieszkujących.

Równocześnie z liczeniem kolonij grzybków chorobotwórczych podjąłem w wielu razach liczenie rozwijających się kolonij grzybków pierwotnie wodę zamieszkujących, które, jak to już powyżéj wspomniałem, wejrzeniem swém łatwo od kolonij grzybków do doświadczeń użytych odróżnić było można. Wprowadzając znaczne ilości grzybków tych przekonać się mogłem, iż przy wszystkich doświadczeniach w pierwszych dniach *3* prawie tylko kolonije tychże na płytkach pozostały a kolonije grzybków pierwotnych w znikomie małéj reprezentowane były ilości. Równocześnie jednak ze zmniejszeniem się ilości kolonij grzybków chorobotwórczych nastąpił szybki rozwój i rozmnożenie się grzybków pierwotnie wodę zamieszkujących, rozwój prawie gwałtowny. Tak np. grzybki pierwotnie wodę zamieszkujące i tamże w 8miu okazach w 1cm.³ reprezentowane, pozostając przy ciepłocie 8°C., rozwijały się dość powoli, gdyż ilość ich wynosiła po dniach 3ch 210, po dniach 8miu 500 okazów w 1cm.³. Ta sama ilość grzybków (8), gdy do wody 9000 okazów prątków cholery na cm.³ dodano, reprezentowała się po dniach 3 w 1800, po dniach 7miu w 17000 kolonijach w 1cm.³. Tu więc widocznie obumierające grzybki chorobotwórcze dostarczyły materyjału odżywczego dla wytrzymalszych grzybków pierwotnych, a przez to rozwój ich przyspieszyły. Jeszcze dokładniéj widzieć to można było przy doświadczeniach z bezzarodnikowym prątkiem wąglika; tu dodatek krwi (2—8cm.³) stanowił ważny czynnik sprzyjający rozwojowi grzybków pierwotnie wodę zamieszkujących, tak np. 10 na cm.³ grzybków pierwotnych w jedném z tych doświadczeń rozmnożyło się po dniach 4ch do 14000 okazów na cm.³, podczas gdy w takiéj saméj wodzie bez dodatku krwi i grzybków wąglikowych, ilość kolonij grzybków pierwotnych w tymże samym czasie ledwie 300 w 1cm² wynosiła. Celem przekonania się, czy prątek durowy w wodach wybitne zanieczyszczenie tworami obcemi okazujących trzymać się jest w stanie, dodałem do 120cm.³ wody bagiennéj zawierającéj 7500 kolonij przeróżnych grzybków w 1cm.³ znaczną ilość zawiesiny z hodowli prątka durowego i za pomocą metody płytkowéj stwierdziłem, że zaraz po zmięszaniu w 1cm.³ 16000 okazów grzybka tego było reprezentowanych. Kolbkę tak zaprawioną poddałem działaniu ciepłoty 8°C. i już dnia następnego mimo użycia odpowiedniego rozcieńczenia i licznych hodowli płytkowych ani jednéj kolonii bodaj pozornie kolonię prątka durowego przypominającéj nie znalazłem.

Innym razem dodałem do wody kanałowéj, zawierającéj niezliczoną ilość grzybków przeróżnego rodzaju, jeszcze większą ilość zawiesiny z hodowli prątka durowego, ilość tak znaczną, że po zmięszaniu w wodzie kanałowéj przy zastósowaniu odpowiedniego rozcieńczenia jałową wodą destylowaną 39000 kolonij grzybka tego z 1cm.³ wyhodować i zliczyć byłem w stanie, po upływie 24 godzin z tą samą postępując ostrożnością nie znalazłem znów ani jednéj kolonii grzybka durowego, obumarcie zatém kompletne, co szeregiem dalszych codziennych hodowli stwierdzić mogłem. (C. d. n.)

---

tworzywszy, następnie deszczem spłukane lub wiatrem zagnane, do wody dostać się nie mogły. Zachowaniu się prątków wąglikowych zarodniki zawierających w wodzie po ukończeniu odnośnych doświadczeń osobną pracę poświęcić zamierzam.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIII i XIV.

Przyczynek do kazuistyki samobójstwa.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

II.

Samobójstwo przez zastrzelenie się karabinem.

Żandarm Józef K. d. 17 lutego wysłany został na patrol; tegoż dnia o godzinie 7 wieczór zjawił się w karczmie „Wygoda", gdzie wszczęła się sprzeczka między nim a dwoma włościanami Leontym K. i Wasylem W., w ciągu któréj żandarm uderzył Leontego K. pięścią i kolbą. Włościanie wyszli z karczmy i zaczaili się przed nią, i wychodzącego żandarma powalili na ziemię, który podźwignąwszy się przy pomocy karczmarza dobył szabli i Leontego K. ciął dwa razy w głowę; raniony wyrwał mu atoli szablę, uderzył go nią w głowę i uciekł unosząc ze sobą szablę. Żandarm osłabiony z powodu zranienia głowy powrócił do karczmy i wypoczął tamże; koło godziny 10éj w nocy, wbrew napomnie-

niu karczmarza, wyszedł z karczmy udając się w pościg za napastnikami. Od téj chwili już go więcéj nie widziano. Wasyl W. podał, że sam uciekł do domu, a wkrótce potém przybył do jego chałupy Leonty K. mocno skrwawiony, trzymając szablę; obwiązawszy sobie głowę, wyszedł ku swej chałupie. Żona Leontego zeznała, że leżała już w łóżku, kiedy mąż jéj wszedł ze szablą do izby i zaraz padł na ziemię, straciwszy mowę i przytomność; badany d, 19 lutego przez lekarza sądowego przedstawiał 2 rany cięte powyżéj guza czołowego lewego (kość czołową naciętą) i ranę dartą po stronie dłoniowéj palca wskazującego ręki lewéj, tętno 104, ciepłotę 38·3C.; z powodu osłabienia przesłuchanie go było niemożebne. (Wasyl W. zaś miał ranę ciętą powierzchowną na głowie).

D. 25 lutego znaleziono żandarma Józefa K. nieżywego. Na równinie o 2 kilometry oddalonéj od wsi L., miejsca zamieszkania Leontego i Wasyla, pokrytéj śniegiem, ujrzano rękaw ze śniegu wysterczający. Naokoło nie było śladów stóp ludzkich. Po odkopaniu znaleziono u stóp obutych kawał kości czaszkowéj i blachę z naboju wystrzelonego, obok prawéj nogi pod śniegiem kapelusz żandarma w 3ch miejscach rozdarty; obok ręki prawéj wzdłuż wyciągniętéj bagnet dość zardzewiały. Józef K. leżał na wznak, całkowicie ubrany, z głową pokaleczoną, a śnieg w okolicy głowy mocno krwią zabarwiony. Ręka lewa zagięta na piersi, palce jéj na pół skurczone, ręka prawa wyciągnięta wzdłuż ciała, w pięść ściśnięta. Między nogami leży karabin, tak że drzewce i zamek przypadają między nogi a lufa sięgała aż do piersi, koniec lufy zaś znajdował się pod lewą ręką. Lufa zwrócona ku ciału a rzemień ku górze. Na dłoniach nie ma ani rękawiczek, ani śladów krwi. W okolicy kolan leży na ziemi w śniegu blaszka z wystrzelonego naboju a śnieg pod kolanami w objętości dłoni krwawo zabarwiony. Warstwa śniegu co najwięcéj 16 cali głęboka, zaledwie dostateczna do przykrycia zwłok; pod niemi śnieg zbity. Od karczmy „Wygoda“ miejsce to oddalone na 1½ kilometra. Zwłoki zupełnie skostniałe (zmarznięte). Płaszcz i bluza dość mocno pokrwawione, torba skórzana przez plecy zwieszona, w niéj książka służbowa, w któréj zanotowane są imiona i nazwiska Leontego K. i Wasyla W., karczmarza i jego służącéj. Kupla przepasana naokoło ciała z pochwą bez szabli, kartusz bez nabojów, w prawéj kieszeni płaszcza dwa ostre naboje, w któréj nieco tytoniu, zawiniętego w papier nieznacznie skrwawiony. W lewéj kieszeni od spodni pulares z gotówką przeszło 25 złr. wynoszącą i 2 kartkami loteryjnemi, zegarek srebrny stojący. W zamku karabinu znaleziono łuskę mosiężną z wystrzelonego naboju, przy końcu lufy nieznaczne plamy krwawe.

Następnego dnia (26/2) zjechała komisyja sądowolekarska na miejsce i uskuteczniła o g l ę d z i n y, których wynik był następujący:

1. Na stole sekcyjnym leżą zwłoki mężczyzny liczącego lat mniéj lub więcéj 30, zwłoki te leżą w ubraniu żandarma będącego w służbie i to w porze zimowéj. Na ubraniu znajdują się plamy nieliczne krwawe. Pod brodą nieco na lewo od linii środkowéj ciała znajduje się otwór wielkości centa o brzegach nierównych zębowatych, do koła jak gdyby sadzą zaczarniały. Prawa połowa twarzy od brody począwszy aż do brwi prawéj, przedstawia jedną ranę powstałą ze zdruzgotania części miękkich i części twardych, podczas jednak gdy dolna część rany od brody aż do środka lica prawego jest mocno krwią nabiegła, wypełniona skrzepami krwi i odłamkami kostnemi a więc przedstawia cechy rany powstałéj za życia, górna część rany, w któréj brak kompletny gałki ocznéj prawéj przedstawia wejrzenie słoninowate bezkrwiste, wyraźną cechę rany powstałéj po śmierci skutkiem dzióbania wron i innych ptaków polnych; na czaszce zaś porosłéj włosami znajdujemy nasamprzód jedną ranę ciętą w okolicy kości bocznéj i kości potylicznéj, rana ta jest długa do 4cm. i nie dosięgająca do kości, na samém zaś sklepieniu widzimy ranę długą w kształcie szpary podłużnéj powstałą przez ubytek kości długiéj do 8cm., szerokiéj do 5cm., zaczynającą się od nasady nosowéj idącą horyzontalnie ku górze, brzegi téj rany są utworzone przez poszarpaną skórę i kości, w dolnéj części rana ta jest zaczerniałą, dno utworzone przez skrzepłą krew, odłamki kostne i zniszczoną istotę mózgową.

2. Zwłoki z powodu zmarznięcia konsystencyi kości.

O r z e c z e n i e. Z powodu zmarznięcia zwłok do konsystencyi kości i kompletnéj niemożności sekcyi przerwano dalszą czynność na 24 godzin i zostawiwszy zwłoki pod dozorem c. k. żandarmeryi zarządzono odtajenie.

Następnego dnia pp. lekarze sądowi podyktowali dalszy ciąg protokółu.

1. Po rozebraniu zwłok prócz w wczorajszym protokóle opisanych i dwóch starć przyskórka u podstawy grzbietowéj palucha ręki lewéj, jedno wielkości ziarna ryżu, drugie długości jednego cm. szerokości 2mm. nie znajdujemy żadnych innych zmian prócz plam pośmiertnych przez nacięcie jako takie stwierdzonych.

O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e. 2. Po zdjęciu czepca widzimy, że tenże w środkowéj swéj części jest nie całkowity z powodu skurczenia się skóry, brzegi tego ubytku są nierówne poszarpane, ku nosowi zaczerniałe (zakopciałe), wewnętrzna powierzchnia czepca szczególnie w owéj tylnéj części podbiegnięta krwią na wielkości dłoni dorosłego mężczyzny, odpowiednio do tego wynaczynienia znajdujemy drugie wynaczynienie, które znajduje się na części kości potylicznéj w kościach bocznych, znajduje się ono pomiędzy kością a oponą sprężystą (*Galea aponeurotica*).

3. Po usunięciu czepca w sklepieniu czaszkowém brak kości w kształcie szpary podłużnéj nie regularnego kształtu w wczorajszym protokole opisanéj.

4. Opona twarda w przedniéj swéj części w miejscu odpowiadającém ranie poszarpana, w tylnéj części zaczerwieniona w skutek nastrzyknięcia krwawego.

5. Mózg w przedniogórnych swych płatach zniszczony i zamieniony na miazgę krwawą, a w pośród téjże znajdujemy odłamki kostne kości czaszkowych. Reszta istoty mózgowéj prawidłowéj budowy, w komórkach mózgowych mierna ilość cieczy surowiczéj wiśniowo zabarwionéj, na podstawie mózgu i na podstawie czaszki nic uwagi godnego nie znaleziono.

6. Na prawéj połowie twarzy rana zmiażdżona, w któréj wyraźnie widzimy połamaną prawą połowę szczęki dolnéj i prawą szczękę górną i wprowadziwszy sondę widzimy, że rana ta na twarzy komunikuje z otworem okrągłym zakopciałym znajdującym się pod bródką a w wczorajszych oględzinach opisanym, zaś między raną tą na twarzy a raną na sklepieniu czaszki pomimo dokładnego badania nie ma żadnéj a żadnéj komunikacyi.

7. W krtani i tchawicy nic nieprawidłowego, płuca, opłucna całkiem prawidłowe.

8. Osierdzia obrosłe mierną ilością tłuszczu, serce prawidłowéj wielkości, mięsień sercowy jędrny, w przedsionku lewym mierna ilość czarnych skrzepów krwi.

9. Wątroba, śledziona, nerki prawidłowe, żołądek próżny, skurczony, w jelitach nic nieprawidłowego, pęcherz moczowy wypełniony moczem.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące o r z e c z e n i e:

I. Ze śmierć nastąpiła w skutek rany postrzałowéj, zadanéj w czoło i następowego zniszczenia części istoty mózgowéj (wywód oględzin 3, 4, 5).

II. Rana zaś znajdująca się na prawéj połowie twarzy i komunikująca z otworem zakopconym pod bródką (wywód oględzin 6) zadaną została przez pocisk wystrzałowy z karabina, nie ma jednakże nic wspólnego z raną znajdującą się na sklepieniu czaszki i jako taka sama przez się była uszkodzeniem ciężkiém ciała, lecz byłaby nie spowodowała śmierci.

III. Rany te zadane zostały ręką obcą, a to z następujących powodów, gdyż denat w zamiarze samobójczym nie byłby w stanie sobie zadać obydwie rany, rana w okolicy czoła, która spowodowała zniszczenie pewnéj części mózgu sprowadziła natychmiastową śmierć, a więc niemożność zadania sobie rany powtórnéj; gdyby zaś pierwszą była rana zadana w okolicy podbródka i kończąca się na policzku prawym, to w skutek znacznéj utraty krwi, straszliwego zniszczenia i zdruzgotania kości prawéj połowy twarzy, jakotéż utraty przytomności, sprowadziłaby niemożność zadania sobie rany w okolicy czoła.

IV. Która z tych obu ran była najpierw zadaną, tego na pewne rozstrzygnąć nie możemy.

V. Rana cięta opisana w wywodzie oględzin z dnia 26 lutego br. była jako taka sama przez się lekkiém uszkodzeniem ciała z kilkudniowym uszczerbkiem na zdrowiu połączona. (Co najwyżéj przez dni siedm).

VI. Na szczególne zapytanie sędziego śledczego czy śmierć denata nie nastąpiła w skutek samobójstwa, gdyż wedle protokółu oględzin miejscowości znaleziono denata na wznak z karabinem między nogami ułożonym z odzieżą wierzchnią znacznie skrwawioną, co wskazywać mogłoby, że zmarły w pozycyi siedzącéj najpierw zadał sobie postrzał w podbródek i roztrzaskał prawą szczękę a następnie przyłożył karabin do czoła i zadał sobie drugi postrzał śmiertelny, odpowiadamy, że bezwarunkowo wykluczamy samobójstwo z powodów pod III podanych, ułożenie zaś karabina między nogami zmarłego mogło nastąpić z obcéj ręki w celu upozorowania samobójstwa.

Następnie wezwano znawcę i przedstawiono mu karabin przy zmarłym żandarmie znaleziony i zapytano, czy rany na głowie K. podczas sekcyi zwłok stwierdzone powstać mogły z postrzału tego karabinu, na co znawca podał:

Obydwie rany postrzałowe a mianowicie jedna na czole ponad nasadą nosa, druga w okolicy podbródka podczas sekcyi znalezione, mogły pochodzić od karabina obecnie pokazanego, a to dla tego, że średnice otworów postrzałowych t. j. miejsca, któremi kula chodziła, zgadzają się całkiem z średnicą światła lufy karabina obecnie okazanego.

Po następném zapytaniu, czy położenie, w którém zwłoki żandarma znaleziono, oraz rany od strzałów, które na głowie jego spostrzeżono, pozwalają domyśleć się, że te dwa postrzały otrzymał żandarm już po dokonaném zamordowaniu go, a to dla zatarcia poszlak zbrodni, podaje tenże znawca:

Rany postrzałowe zadane zostały żandarmowi bezwarunkowo za życia, albowiem w czasie sekcyi nie znaleźliśmy żadnéj innéj przyczyny, którąby nam śmierć denata w ten sposób tłumaczyła, że te dwa postrzały otrzymał już po dokonaném zamordowaniu a to dla zatarcia poszlak zbrodni, a więc jedynie te rany postrzałowe znalezione na głowie są bezpośrednią przyczyną śmierci. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Héricourt i Richet: **O nowym grzybku ropotwórczym.**

Autorom udało się z ropnia usadowionego w skórze psa odosobnić grzybek kulisty, posiadający prawie wszystkie własności morfo- i biologiczne co i grzybek *Staphylococcus pyogenes albus*, różniący się jednak od tegoż znaczniejszą jadowitością. I tak 2 krople zawiesiny z grzybka tego zastrzyknięte królikowi sprowadzały już po 24 godzinach śmierć tegoż wśród objawów ogólnéj ropnicy, a mniejsze ilości w krótkim czasie wytworzenie się rozległego surowiczego obrzęku, który następnie w rozległy ropień przechodzi. U psów wytwarzał się ropień bez poprzedniego obrzęku. W odróżnianiu od znanych już grzybków ropotwórczych i w uwzględnianiu jadowitości dali mu nazwę *Staphylococcus pyosepticus*. Szczepieniem poprzednio osłabionych hodowli udało się autorom wytworzyć sztuczną odporność na następowe szczepienie grzybkami jadowitemi tego samego rodzaju. (*Compt. rend. de l'Acad. d. sciences de Paris*. T. CVII).

Dr. Karliński.

Brieger: **Bakteryjologiczne poszukiwania nad przyrodą gorączki połogowéj.**

W 7miu badanych przypadkach ropnicy połogowéj znalazł autor w ropniach grzybki ropotwórcze z rodzaju *Staphylococcus* i *Streptococcus pyogenes*, natomiast brakło grzyków tych we krwi. Autor skłonnym jest przypisać chemicznym produktom tych grzybków własności trujące i śmierć w przypadkach tych sprowadzające. (*Charité Annalen*, XIII, 1888).

Dr. J. Karliński.

A. Fraenkel: **Poszukiwania bakteryjologiczne nad wysiękami opłucnowemi.**

Autor badał 12 przypadków wysięków ropnych jamy opłucnowéj co do obecności grzybków tamże znajdujących się i dzieli takowe na następujące 4 grupy: 1) Otoki ropne, towarzyszące przebytemu zapaleniu płuc, tu znalazł autor wykryty poprzednio przez siebie grzybek okrągły zapalenia płuc (*diplococcus pneumoniae*, Fraenkel-Weichselbaum). 2) Otoki przyrody gruźliczéj, w których nie zawsze udaje się wykazać prątki gruźlicze, gdyż te zapewne, jak to w t. z. zimnych ropniach bywa, poprzednio już zginęły lub w stanie zarodników tylko się znajdują. Do wykazania grzybków gruźliczych zaleca autor sposób barwienia, podany przez Ehrlicha t j. barwienie preparatów przez czas dłuższy (1—24 godzin) w cieplym rozczynie anilinowym fuchsyny, odbarwienie w rozczynie kwasu azotowego z sulfaniliną (1:3), dokładne obmycie wodą i powtórzenie działania kwasu tak długo, aż zupełne odbarwienie nastąpi, następnie bardzo krótkie barwienie wodnym rozczynem błękitu metylowego. Autor uważa wszystkie otoki ropne opłucnéj, w któréj badanie bakteryjologiczne żadnych grzybków nie wykazuje, za otoki przyrody gruźliczéj. Trzecią grupą otoków stanowią otoki, w których jed nie *Streptococcus pyogenes* się znajduje, a których przyroda nie jasną jest; wreszcie towarzyszyć mogą otoki te sprawom chorobowym poza obrębem jamy opłucny się znajdującym, jak ropnie pozapołykowe, ropienie gruczołów i tkanki podskórnéj szyi, wreszcie sprawy zapalne ropne w jamie brzusznéj. Samo znalezienie streptokoków w jamie opłucnowéj nie stanowi jeszcze o przyrodzie i pochodzeniu otoku. (*Charité Annalen*, XIII). *Dr. Karliński.*

Patologija.

Huber (Zurych): **Przyczynek do symptomatologii choroby Basedowa.**

Gdyby Basedow (albo raczéj Graves, bo po nim Anglicy nazywają tę chorobę) zobaczył dziś opis choroby, którą w trzech znanych kardynalnych objawach streścił, niezmiernieby się zdziwił, widząc szereg objawów czyto przypadkowych, ale często się powtarzających, czy to stałych, które potomkowie dodali. W ostatnich czasach przybył znowu jeden objaw, najpierw podniesiony przez Charcota a dokładnie wnet potém (1883) opisany i zbadany przez Mariego, a jest nim trzęsienie czyli drżenie. Marie nawet posunął się tak daleko, że pozwala sobie rozpoznać już wtedy chorobę Basedowa, kiedy istnieje tylko szybkie bicie serca i drżenie. Drżenie to według Mareya jest charakterystyczne, składa się bowiem z pojedynczych drżeń, szybko po sobie następujących. mniéj lub więcéj jest ich 8—9 na sekundę, poczém następuje przerwa. Graficznie dają się te drżenia za pomocą sfigmografu Mariego przedstawić. H. mając w klinice prof. Eichhorsta 2 przypadki choroby Basedowa, nietylko że w obu mógł to samo potwierdzić, co Marie, że drżenie rąk było u chorych stałym objawem, ale nawet i podania jego co do obrazu sfigmograficznego sprawdziły się w zupełności; w jednym z tych przypadków drżenie, które się najpierw rozpoczęło w lewéj ręce, było pierwszym objawem, zapowiadającym tę chorobę. Choroba ta dała się powstrzymać w szybkim wzroście, a obecnie okazuje obok wybitnych objawów Basedowa jeszcze w dodatku brak czucia w lewéj połowie ciała, drżenie i osłabienie we wszystkich odnogach, a nadto porażenie pojedynczych mięśni ramienia i ich zanik. Na równoczesność porażeń i choroby Basedowa zwróciło dotychczas uwagę zaledwo kilku klinicystów (Rosenthal, Dreyfuss). W jednym z przypadków H. utrzymywało się przez dłuższy czas podwyższenie ciepłoty (38·1°C.) Zaniki, drżenia, podwyższenie ciepłoty przemawiają za tém, że siedzibą cierpienia jest rdzeń przedłużony a nie nerw współczulny, jak to twierdzą inni; ztąd odmienne, lecz niestety częste, a na wymienionéj podstawie, słuszne do przewidzenia, bezskuteczne leczenie uporczywéj choroby. (*Dt. med. Woch.*, 1888, Nr. 36). *H. K.*

Küster okazał na zgromadzeniu berlińskiego towarzystwa lekarskiego nerkę gruźliczo zwyrodniałą, wyjętą choréj 22-letniéj. Przypadek ten jest ważny, gdyż K. spostrzegł podczas obserwacyi choréj przed operacyją objaw, który go naprowadził na myśl, że właśnie lewa, nie prawa nerka jest chora. Objawem tym było, że przy dotykaniu okolicy prawéj nerki chora żadnego bólu nie czuła, gdy zaś dotknięto okolicy nerki lewéj,

skarżyła się zaraz na silne bóle w cewce moczowéj. Objawu tego dotąd nie spostrzegano. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 46). *Dr. Rościszewski.*

Farmakologija.

Yvert: **Zastosowanie dwuchlorku rtęciowego jako środka leczniczego i profilaktycznego przeciw cholerze azyjatyckiéj.**

Podczas pobytu swego w Tonkinie stosował Y. dwuchlorek rtęci w dawce 0·02—0·04 dziennie i zauważył, że śmiertelność osób dotkniętych cholerą się zmniejszyła. Oprócz tego przepisywał środek ten osobom zdrowym, które udawały się do miejsca, gdzie cholera panowała. (*Le Progrès Médical* 1888, Nr. 46). *A. B.*

Engelmann (Bamberg): **Wysypka po sulfonalu.**

W żadnéj z prac dotychczas ogłoszonych o nowym tym leku nasennym nikt jeszcze nie podał, żeby był zauważył jakąś wysypkę na skórze po podaniu sulfonalu. Pierwszy ogłasza taki przypadek E. Widział on rozlaną wysypkę na skórze, podobną do wysypki płonicowéj, u kobiety około 40 lat liczącéj, któréj z powodu bolesnéj miesiączki podał 2·0 sulfonalu. Wysypka zajmowała miejsca na ciele prawie zupełnie sobie odpowiadające. Po trzech dniach spokojnego zachowania się choréj i zupełnie biernego zachowania się E., mimo że chora żaliła się na nieznośne swędzenie, wysypka dobrowolnie ustąpiła. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 42). *H. K.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Bamberger (Wiedeń): **Zapalenie żołądka i jelit wywołane przez ptomainy.**

Przypadek niedługo przed śmiercią przez prof. B. spostrzegany i ogłoszony, a w którym rozpoznanie dłuższy czas wahało się między posocznicą a ropnicą jest następujący: 20-letni kupczyk zupełnie poprzednio zdrów, zjadł kawałek „suchéj“ kiełbasy; wnet potém wystąpiły nudności i obfite wymioty, ból głowy, nazajutrz, biegunka, dreszcze i gorączka. Przywieziony do szpitala przedstawiał obraz ciężko chorego; badanie jednak nie wykazywało żadnych zmian w płucach, ani w sercu, ani w śledzionie; ciepłota 40·2, która z małemi wahaniami przez kilka tygodni się utrzymywała, pod wieczór opadała, nazajutrz jednak zaczynała się podnosić i dochodziła prawie codzień w południe do 40·3 C. W pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu myślano o silném ostrém zapaleniu jelit i żołądka, gdy jednak gorączka przez kilka dni okazywała obraz, nie dający się podciągnąć pod żadną znaną postać choroby zakaźnéj, u nas występującéj, myślał prof. B. o ropnicy lub posocznicy. Żółtaczka rozwijająca się dość szybko utrwalała tém bardziéj rozpoznanie; ale i to nie utrzymywało się długo, objawy fizyczne wątroby kazały rozpoznawać w niéj ropnie. Jako podstawę dla nich przyjął prof. B. ropne zapalenie żyły bramnéj, sprowadzone ostrém zapaleniem jelit wywołaném przez „suchą“ kiełbasę. Nie ulega wątpliwości, że owa sucha kiełbasa była zepsutą i zawierała istoty dla ustroju szkodliwe, które jako niedostatecznie jeszcze znane prof. B. podciąga pod miano „ptomainów.“ Po 41 dniowéj chorobie zmarł chory wśród zapadu, a sekcyja sprawdziła w zupełności tak trafne rozpoznanie znakomitego klinicysty, wykazała bowiem ropień trzustki, ropnie wątroby, wyszłe z zapalenia ropnego żyły bramnéj. (*Zeitschrift für Therapie* 1888, Nr. 23). *H. K.*

Kluczenko: **O pojawieniu się pelagry na Bukowinie.**

Pierwszy Neusser zwrócił uwagę na to, że pelagra występuje od czasu do czasu na Bukowinie; Filippowicz podanie to potwierdził. Kl. zestawia dwanaście przypadków wybitnéj pelagry, które również obserwował u mieszkańców Bukowiny. Na podstawie historyj chorób, które do pracy swéj dołącza, przyszedł Kl. do przekonania, że choroba ta występuje przeważnie u chłopów, żywiących się przeważnie mamałygą, potrawą sporządzoną z mąki kukurydzanéj. Autor był nadto w stanie wykazać w trzech przypadkach, że choroba wystąpiła po dłuższém spożywaniu kukurudzy zepsutéj. Pelagra ma przebieg przewlekły, objawia się nasamprzód przypadami żołądkowemi i gwałtowną, często krwawą biegunką; do tego dołącza się ból, zawrót głowy i przyćmienie władz umysłowych. Ostatni ten objaw może się spotęgować do istotnego szału, wśród którego chorzy godzą czasem na swoje życie. Z początkiem maja występuje nader cechujący rumień na grzbiecie rąk i nóg (nigdy na dłoni lub podeszwie). Zmiany te skórne tracą swoją żywą barwę we wrześniu, pozostaje tylko łuszczenie i ciemniejsze zabarwienie skóry. W zimie ustępują zwykle wszystkie objawy, ażeby się często z większém nasileniem pojawić na wiosnę. Zdaniem Kl. pelagra jest objawem zatrucia ustroju jakąś istotą chemiczną, w wyskoku rozpuszczalną; dlatego mężczyzni, którzy do każdéj uczty używają wódki, podpadają chorobie téj nierównie częściéj niż kobiety. Niewyjaśnioną jednak dotąd jest rzeczą, dlaczego mieszkańcy okolic górskich nie podlegają téj chorobie, choć i u nich mamałyga jest niemal jedyną strawą. (*Wiener klin. Woch.* Nr. 3, 1889). *A. R.*

Chirurgija.

Prof. Helferich: **Przyczynek do operacyjnego leczenia słoniowatości.**

Do leczenia lżejszych przypadków słoniowatości wystarcza zwykle zawijanie elastyczne, mięsienie i wysokie ułożenie odnóg. W cięższych przypadkach, w których wymienione leczenie nie jest dostateczném, zaleca H. wycięcie pasków skóry, dającéj się z podstawy podnieść razem z warstwą tłuszczu pod nią leżącą aż do powięzi przy użyciu niedokrewności sztucznéj według Esmarcha. Wyleczenie następuje przez rychłozrost. Leczenie pooperacyjne ma na celu wzmocnienie mięśni i przywrócenie prawidłowych stosunków krążenia, co można osiągnąć zapomocą codziennego używania prądu przerywanego, mięsienia a przedewszystkiém przez ustawiczne używanie zawiniętéj odnogi. H. miał sposobność doświadczać opisanéj metody u 27-letniéj choréj, która cierpiała na słoniowatość dolnych odnóg wskutek dwukrotnie powracającéj róży. Chora odzyskała w zupełności możność używania odnóg. (*D. med. Woch.* 1888, Nr. 2). *Dr. R. Spira.*

Prof. Keen: **Przyczynek do chirurgii mózgu.**

Przypadki wyleczenia padaczki drogą operacyi zdarzają się wprawdzie każdemu doświadczonemu chirurgowi, przypadki jednak dwa prof. K. zasługują na uwagę z tego względu, że usunięto w nich padaczkę przez zabieg operacyjny na samym mózgu. W jednym z nich przyczyną choroby było spadnięcie z nieznacznéj wysokości, po którém chory przez kilka godzin leżał nieprzytomny; przez cały rok potém miewał napady padaczki, niedające się niczém usunąć ani załagodzić. Wobec urazu odniesionego przedsięwziął prof. K. i urazowe leczenie w miejscu blizny na czaszce. Po dokonanéj trepanacyi napotkał K. torbiel mający $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, wypełniony cieczą surowiczą; wyciął go razem z otaczającą częścią mózgu, zmienioną co do barwy, i od tego czasu chory nie miał ani jednego napadu. W 7 dni po operacyi chory mógł szpital opuścić.

W drugim rozwinął się w miejscu, w którém chory będąc dzieckiem poniósł był uraz, guz w mózgu. W 22 roku życia zaczęły go dręczyć szalone bóle głowy, wystąpiły liczne napady padaczkowe, aż wreszcie uległ połowiczemu porażeniu. Gdy badanie przedmiotowe, a w szczególności dna oka, utrwaliło rozpoznanie guza w jamie czaszki pod blizną na czole, przystąpił prof. K. do operacyi, przy któréj rozpoznanie się stwierdziło w zupełności, bo wyłuszczono guz wielkości jabłka, który się pod drobnowidem przedstawił jako włókniak. Od czasu tego nie miał chory ani jednego napadu padaczki, porażenie połowicze ustąpiło w zupełności. Z zestawienia Bernhardta przypada na 580 zestawionych guzów śródczaszkowych zaledwo 3 włókniaki. (*Wiener med. Blätter* 1888, Nr. 45, 46 i 47). *H. K.*

Położnictwo.

Günther (Montreux): **Przyczynek do leczenia wymiotów ciężarnych.**

Autor podaje sposób leczenia, zapomocą którego osiągnął zadziwiające i szybkie skutki w leczeniu przypadu w mowie będącego. Doświadczenia jego dotyczą 5 przypadków, w których nie można było wykazać żadnych zmian chorobowych ani w macicy, ani w jéj częściach dodatkowych. Wobec

braku zboczenia chorobowego trzeba według autora uciec się do już dawniéj przyjętych stosunków odruchowych między nerwami macicznemi a żołądkowemi, aby przypady przytoczone wytłumaczyć, podobnie jak istnieją takie stosunki między nerwami głowy i żołądka jakotéż pomiędzy nerwami innych narządów. Oprócz tego przypad wymieniony ma podstawę anatomiczną, bo macica ma 10, 20 razy większą objętość. Te bodźce pochodzące z nerwów macicy, objawiające się w ruchowych nerwach żołądka, uważa G. za podobne do znanych zwrotnych nerwobólów i kurczów. Stosownie do tego stosuje autor anodę stałego prądu na szyjkę i sąsiednie sklepienie pochwowe, katodę przykładał w postaci płytki 10—20 ctm. szerokiéj w okolicy VIII—XII kręgu grzbietowego. Aby uniknąć niebezpieczeństwa poronienia, trzeba posługiwać się galwanometrem Edelmanna i dobrym reostatem. Autor nigdy nie używał prądu silniejszego niż 5 *Miliampères*. Posiedzenie ma trwać 7—10 minut. Przy codziennych posiedzeniach już po 4 dniach wymioty ustały w wszystkich pięciu przypadkach. (*Centralbl. f. Gynäkol.* 1888, Nr. 29).

Dr. R. Spira.

Pfounenstiel: **Przyczynek do etyjologii gorączki połogowéj.**

Autor znalazł w 2 przypadkach w tkankach osób zmarłych z ropnicy połogowéj grzybek kulisty, w łańcuchy ułożony, którego wejrzenie i hodowle zupełnie podobne były do znalezionych dotychczas grzybków łańcuchowych *Streptococcus pyogenes* i *Streptococcus erysipelatis*, który jednak w porównaniu z grzybkami temi odznaczał się większą niż owe zjadliwością i dlatego skłonnym jest odróżnić go jako nowy rodzaj. Różnice podane przez autora w zabarwieniu hodowli i jadowitości nie wytrzymują krytyki. Ktokolwiek zajmował się badaniem grzybków ropotwórczych, przekonać się mógł, że jadowitość tychże rozlicznym podlega wahaniom. Nowe poszukiwania stwierdzają tożsamość przyrody obu grzybków łańcuchowych *Streptococcus pyogenes* i *St. erysipelatis*, gdyż obok zupełnego podobieństwa hodowli różnic działania dopatrzeć się nie można. Grzybkiem róży wywołać można ropnie — na odwrót grzybkiem łańcuchowym ropotwórczym udaje się u królików różę wywołać. Grzybki te w hodowlach tracą nader szybko zjadliwość, mimo, że wcale nie tracą żywotności i temu zdaje się należy przypisać, że wyniki, jakie szczepieniem grzybków tych Pfounenstiel otrzymał, różniły się od wyników, otrzymanych szczepieniem świeżych hodowli znalezionego przezeń grzybka. Sprawozdawca będzie mógł wkrótce przedłożyć swoje badania nad przyrodą gorączki połogowéj, które na razie uzupełnienia wymagają, z których wypływa, że różnic między grzybkami róży a grzybkami łańcuchowemi ropy nie ma, że zmiany chorobowe, napotykane przy sekcyi zwłok po posocznicy połogowéj, niczém nie różnią się od zmian, jakie szczepieniem grzybków róży i grzybków ropnych na drogi porodowe zwierząt wywołać można. Z nowych prac nad przyrodą gorączki połogowéj zasługuje na uwagę praca Czerniewskiego (*Zur Frage der Puerperalerkrankungen*) ogłoszona w *Archiv für Gynaekologie* T. XXXIII, który na wielkim materyjale klinicznym potwierdzić mógł badania Diderleina. Autorowi udało się wykazać w odchodach popołogowych położnic gorączkujących i w narządach położnic z posocznicy zmarłych ten sam rodzaj grzybka łańcuchowego, który przeszczepiony zapalenie ropne lub różę wywołać jest w stanie, podczas gdy w odchodach położnic niegorączkujących grzybka tego zupełnie nie było, co już przed nim Ott (*Zur Bakteriologie der Lochien. Archiv für Gynaekologie* XXXII 1888) znalazł był. (*Ctbl. f. Gynaekol.* Nr. 38, 1888). *Dr. Karliński.*

Choroby oczne.

Ziemiński (Warszawa): **O drżeniu gałek ocznych u osób pracujących w kopalniach węgli.**

Sposobność do zajęcia się tą sprawą chorobową dał pobyt autora w Anglii, gdzie co najmniéj 5% górników w kopalniach węgla na nią zapada, przeważnie między 25 a 30 rokiem życia. W pewnéj postawie, np. spoglądając ku dołowi, chorzy są w stanie zapanowania nad swém cierpieniem, nazywają to sami „ustatkowaniem się“. Czasem nie można u nich wykazać wyraźnych objawów drżenia oczu oglądaniem, za to sami chorzy podają, że światła w kopalni poruszają się w pewnych kierunkach, wtedy ręka lekarza spoczywająca na głowie chorego odczuwa pewne drganie gałek ocznych, któremu nieraz podlegają nawet mięśnie karku i barków. Zaniechanie pracy w podziemiach usuwa nieprzyjemne przypady. (*Gazeta Lekarska*, 1888, Nr. 49—50).

H. K.

(*H. K.*) Przypadki pierwotnéj gruźlicy tęczówki należą do niezmiernych rzadkości, samo rozpoznanie ich jest bardzo trudne. Ustalone rozpoznanie prowadzi za sobą niczém nie dające się uzasadnić zaniechanie wyłuszczenia oka. Na jedném z posiedzeń towarz. lek. hamburskiego przedstawił Deutschmann królika, któremu zaszczepił gruźlicę na tęczówce wziąwszy do tego materyjał z tęczówki człowieka, dotkniętego gruźlicą. I w tym przypadku wykonał D. wyłuszczenie gałki ocznéj. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 44).

Choroby uszne.

Prof. Bezold (Mnichów): **Przyczynek do usuwania ciał obcych z ucha.**

Autor podaje następujące wskazówki, dotyczące postępowania leczniczego w obec ciał obcych usadowionych w jamie bębenkowéj: 1) usunięcie ciał obcych z jamy bębenkowéj drogą przewodu słuchowego może stać się niemożebném jużto z powodu obrzmienia ścian przewodu albo z powodu napęcznienia ziarn owocowych, jużtéż jedynie w skutek niekorzystnego ułożenia tych ciał. 2) Wśród takich warunków stopień utrzymanego słuchu ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, mianowicie: *a*) jeżeli istnienie bardzo znacznego niedosłyszenia lub głuchoty można odnieść do świeżego uszkodzenia płytki nożnéj strzemiączka, wtedy wskazanie żywotne każe usunąć ciało obce przez usunięcie tylnéj kostnéj ściany przewodu, jeżeli na innéj niekrwawéj drodze ciała obcego usunąć nie można. Obecność bowiem ciała obcego w tém miejscu prawie z pewnością pociąga za sobą ropienie w uchu środkowém, które bardzo łatwo może utorować sobie drogę przez okienko owalne do błędnika a ztąd przez wodociąg ślimakowy i otwór słuchowy wewnętrzny do opon mózgowych. *b*) Jeżeli słuch w znaczniejszéj części jest utrzymany, tak że można przypuścić, iż płytka nożna strzemiączka jest nietkniętą, wtedy uprawnieni jesteśmy do spróbowania odciągnięcia sposobem Zaufala i Heidingera wody ciału obcemu, jeżeli takowe jest ziarnem owocowem, za pomocą wkraplania gliceryny, wyskoku lub eteru. Ale téż silne wstrzykiwania wody przez trąbkę, które w kilku poprzednich przypadkach do celu doprowadziło, wskazane jest szczególnie, jeśli ciało obce okazuje jeszcze ślady ruchomości. 3) Jeżeli w przypadku ciała obcego występują obok ropienia w uchu środkowém także objawy zapalne miejscowe w sąsiedztwie, zwłaszcza w części sutkowéj, wtedy wskazane jest doraźne otworzenie jamy. 4) Równocześnie z ostatnim zabiegiem można usiłować usunąć ciało obce zawsze razem ze ścianą zewnętrzną części sutkowéj i tylną kostną ścianą przewodu słuchowego aż do jamy bębenkowéj zapomocą dłuta i młotka. Taki zabieg obiecuje przynajmniéj u dzieci w pierwszych latach życia dobre skutki. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 26 i 27). *Dr. R. Spira.*

Choroby krtani.

Prof. Voltolini (Wrocław): **O przeświecaniu krtani i innych jam ciała ludzkiego.**

Za pomocą osobno ku temu celowi zbudowanéj bateryi, otrzymuje prof. V. w lampce Edisona bardzo silne światło. Lampkę od przodu zasłoniętą zwierciadełkiem amalgamowém zbliża V. do odsłoniętéj krtani, poczém rozpaliwszy ją, wprowadza do jamy ust zwykłe lusterko krtaniowe. Zdaniem jego widzi się wtedy w lusterku na mocy przeświecania bardzo dokładnie obraz krtani. Dla ochronienia skóry szyi badanego od oparzenia otacza V. lampkę warstwą wody podobnie jak w przyrządzie Nitze-Leitera. Ponieważ skóra dzieci jest cieńszą niż dorosłych, nadaje się u nich ten sposób badania najlepiéj. Jeśliby u dorosłego szyja była za grubą, można z korzyścią użyć 2 lamp Edisona, z których jedna przypada na lewą, druga na prawą stronę szyi. Wprowadziwszy taką lampkę do jamy ust, widzi się prześwieca-

jące wszystkie kości twarzy. Zbadawszy należycie swój przyrząd przedstawił go prof. V. na posiedzeniu Tow. lek. na młodéj dziewczynie z zupełnie prawidłową krtanią i na drugiéj dotkniętéj wolem i u niéj krtań dokładnie przeświecała. U dziecka ze znacznym przerostem migdałków można było dobrze zobaczyć wszystkie części krtani, podczas gdy zwykłe wziernikowanie krtani nie było zupełnie zadowalające. Tak samo udawało się badanie i na szyi dorosłego człowieka. (*Zeitschrift für Therapie*, 1888, Nr. 23). *H. K.*

Choroby weneryczne.

Prof. Doutrelepont (Bonn): **O leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań oleju kalomelowego i szarego.**

Przedewszystkiém przyznaje prof. D., że przez wycięcie wrzodu twardego nie usuwa się objawów następowych kiły, co najwięcéj spostrzega się tylko łagodniejszy ich przebieg. Skoro już wrzód na dobre się rozwinął a gruczoły pachwinowe są zajęte wyraźnie, nie zadowala się samym plastrem rtęciowym miejscowo stosowanym, lecz podaje wcześnie jodek potasu wewnętrznie i to nawet po ukończeniu leczenia rtęciowego, opierając się na doświadczeniu Stuchowa, według którego lek ten powstrzymuje wydzielanie się szybkie rtęci drogą nerek, z drugiéj strony radzi prof. D. podawać rtęć przez długi jeszcze czas mimo ustąpienia objawów drugorzędnych początkowych. Co się tyczy sposobu podawania rtęci, to niewątpliwie należy się pierwsze miejsce wcieraniom w skórę szaréj maści, najbliżéj obok nich należy położyć wstrzykiwania oleju kalomelowego (t. j. *kalom.* 0·05, *ol. vasel. āā* 10·0) lub oleju szarego, jak podał prof. Lang. (tj. *Hydrarg Lanolini aa* 3·0, *ol. oliv.* 4·0). Wszystkie inne przetwory aptekarskie rtęci są od tych dwóch słabsze. Ani razu nie spostrzegał prof. D po nich ropienia. Główną zasługą jest tutaj nie tyle sam przetwór ile ścisłe przestrzeganie zasad przeciwgnilnego postępowania. Tak jakby do jakiéj większéj operacyi postępuje się z okolicą ciała, gdzie się ma wstrzykiwać. Z oleju kalomelowego wstrzykuje się co 8 dni pełną strzykawkę Pravaza, z oleju szarego co 5 dni, obydwa połączenia w pośladki. Pewien szereg przypadków każe prof. D. stawiać olej szary podany przez Langa jeszcze wyżéj niż olej kalomelowy podany po raz pierwszy przez Balzera a wkrótce potém polecony przez Neissera. Przetwór Langa dla tego się szczególnie zaleca, że wiemy ile rtęci czystéj wstrzykujemy. *(Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 38). *H. K.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 października 1888 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 43. Jako goście poseł Dr. Wernicki i p. Stahlberger. Jako nowego członka wita przewodniczący kol. Sochańskiego.

Kol. Bylicki miał zapowiedziany wykład o leczeniu chorób kobiecych metodą Thure Brandta. Na wstępie naznaczył, iż metodę tę należy uważać jako znaczne wzbogacenie naszych środków leczniczych, które pozwalają nam w wielu przypadkach czynnie i skutecznie wystąpić tam, gdzie dotychczas leczenie odgrywało rolę bardzo bierną. Następnie opowiedziawszy, w jaki sposób profan, jakim jest major Brandt, doszedł do tego, że bada i leczy, podniósł i to, że sposób ten leczenia nie można nazwać mięsieniem, gdyż takowe jest tylko częścią leczenia, z którego Brandt utworzył metodę, a na takową prócz mięsienia, naciągania i wyciągania wiązadeł i odlepienia i uruchomienia narządów małéj miednicy składa się i cały szereg ruchów gimnastycznych, skierowanych ku odwiedzeniu krwi od miednicy lub dowiedzeniu jéj, jakotéż na wzmocnieniu ruchów oddechowych (a tém samém przyspieszeniu krążenia w żyłach wielkich i w *ductus thoracicus*) i sercowych. Czy ruchy gimnastyczne, które Brandt poleca wykonywać przed właściwém leczeniem i po takowém, są konieczną i niezbędną częścią leczenia, to dopiero dalsze doświadczenia wykażą. Dziś tyle można powiedzieć, że mięsienie wspiera leczenie. Badanie Brandta o tyle jest odmienném, że bada zawsze ręką lewą, gdyż prawa jest stosowniejszą do większéj pracy (jaką jest przesuwanie narządów małéj miednicy przez powłoki brzuszne), a następnie w ten sposób, że palec wskazujący wsuwa w pochwę, podczas gdy palec średni leży w rowku międzypośladkowym a palec 4ty i 5ty na lewym pośladku. Badanie to ręką otwartą ma tę wyższość nad badaniem ręką złożoną, że usuniętym jest ucisk bolesny wywierany kłykciami pierwszych członków palców złożonych, że zwroty palca w pochwie są łatwiejsze, że nieco wyżéj można sięgnąć i oraz wsuwając palec dostajemy się wysoko w tylne sklepienie, że idąc od tyłu ku przodowi łatwiéj wybadać jajniki a w końcu, że i badanie u kobiet bardzo otyłych w ten sposób jest ułatwione. Brandt bada najpierw w postawie stojącéj, gdyż zmiany położenia w téj postawie występują w najwyższym stopniu, a następnie w leżącéj, t. zw. grzbietowo-pośladkowéj, siedząc po lewéj stronie badanéj i wsuwając palec pod lewém udem. Czyni to także tak dla samego badania jakotéż w celu uwolnienia macicy od zlepów, lub podniesienia macicy odchylonéj, używa badania palcem wskazującym przez odbytnicę a palcem wielkim przez pochwę. (*Exploratio recto-vaginalis*). Głównem i najdzielniejszém polem działania Brandta są: wypociny okołomaciczne i zlepy narządów małéj miednicy, odgięcie, wypadnięcie macicy i zapalenie przewlekłe. Co do wypocin, to opisując technikę mięsienia przestrzega prelegent przed użyciem znaczniejszéj siły, dopóki nie da się spostrzedz zmniejszanie się wypociny. Miesiączkowanie nie stanowi przeciw-wskazania do mięsienia, gdyż to ostatnie usuwa złe skutki nawału miesięcznego, a z drugiéj strony nawał miesięczny przez rozpulchnienia narządów i zlepów umożebnia łatwiejsze ich rozdzielenie. Kol. Bylicki podnosi szczególnie zasługę Brandta w rozdzielaniu zlepów, prowadzącém do uruchomienia macicy jajników i trąbek. Do naprawy położenia macicy odgiętéj używa Brandt 4 sposobów, w miarę tego, czy macica jest sztywną lub giętką, małą lub wielką. Dla ustalenia naprawionego położenia obmyślił Brandt podobnie jak przy wypadaniu macicy podnoszenie takowéj w górę (*Lyftingar)* od zewnątrz z nagłém puszczeniem, podczas gdy badający palec utrzymuje część pochwową w górze i tyle, aby upadające ciało macicy upadło ku przodowi. Powtarzane codziennie takie podnoszenie ma zabezpieczać macicy stale położenie prawidłowe. Co do leczenia wypadania macicy to jako przedmiot już omawiany w Towarzystwie pomija je prelegent okazując tylko na choréj dostarczonéj przez kol. Ziembickiego, w jaki sposób właściwie Brandt wykonywa podnoszenie. W końcu podnosi kol. Bylicki skuteczność metody Brandta w leczeniu przewlekłego zapalenia macicy, a mianowicie formy świeżéj, połogowéj.

W dyskusyi zabiera głos kol. Sielski i w dłuższym wykładzie zastanawia się nad sposobem Thure Brandta leczenia wypadniętéj macicy. Z tłumaczeniami fizyjologicznego działania ręcznych zabiegów, stosowanych przy tém leczeniu, prof. Preuschena z Gryfii, Dra Profantera z Francensbadu i samego Thure Brandta, S. się nie zgadza i stara się udowodnić, że wszystkie te wyjaśnienia spoczywają na nieprawdziwych założeniach. Z trzech zabiegów ręcznych stosowanych przez Thure Brandta uważa dwa za zupełnie zbędne, nie mające żadnego leczniczego znaczenia. Napukiwanie kręgosłupa przypomina poniekąd nasze wróżki, które stroją różne grymasy przy zamawianiu i zaklinaniu chorób. Rękoczyn ten ma spowodować żywsze krążenie w miednicy. Otóż S. nie widzi przedewszystkiém potrzeby wywoływania żywszego krążenia krwi przy tém leczeniu; a powtóre, gdyby istotnie o to chodziło, to nasza skarbnica lecznicza posiada na to mnóstwo innych dzielniejszych środków. Przytém jest ten rękoczyn wcale nieestetyczny i dla chorych wstrętny. Nakoniec może u wielu osób wywołać uczucia erotyczne (Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*). Również i ruchy odporne kolan uważa S. za rękoczyn wcale niepotrzebny, i stara się udowodnić, że twierdzenie Preuschena, który uważa ten rękoczyn za najważniejszy przy leczeniu wypadniętéj macicy, jest mylne, i nie zgadza się z istotnym stanem rzeczy. Jako jedynie pozytywnie działający zabieg uważa Sielski unoszenie macicy. Jednakowoż nie zgadza się z wyjaśnieniami, jakie podają o tym zabiegu Thure Brandt i Profanter, lecz sądzi, że jestto proste odprowadzanie pochwy i macicy, wykonane w ten sposób, że pochwa i macica zostają ułożone w położeniu takiém, w jakiém się znachodziły przed wypadnięciem. Twierdzenie swoje uzasadnia licznemi dowodami. Co się tyczy wykonania tego odprowadzania, to S. uważa sposób unoszenia Thure Brandta za wcale nieracyjonalny i to głównie z dwóch powodów. Przedewszystkiém

uważa ten zabieg za szorstki, surowy i nader pierwotnéj natury. Pomimo zaprzeczań ze strony entuzyjastów zgadza się z twierdzeniem Reibmayera, że zabiegi lecznicze Thure Brandta nie uwzględniają skromności i wstydliwości kobiecéj. Już ta sama okoliczność, że do wykonywania unoszenia potrzeba aż dwóch ludzi, utrudnia bardzo zastósowanie tego rękoczynu. Zresztą zabieg ten nie różni się wcale od zabiegów leczniczych naszych domorosłych lekarek wiejskich, a zachodzi tu chyba tylko ta różnica, że bywa częstokroć istotnie skuteczny. Druga przyczyna, dla któréj uważa S. ten zabieg za nieracyjonalny, jest ta, że jest niedostateczny Theilhaber np. podaje jako przeciwskazanie do stosowania tego rękoczynu jędrność i niepodatność powłok brzusznych choréj. Również małą i wiotką macicę byłoby trudno ująć rękami przez powłoki brzuszne i podnieść ją do góry. Zatém u wielu osób nie da się ten zabieg zastosować. Z tych téż przyczyn, i na podstawie swoich zapatrywań na fizyjologiczne działanie unoszenia Thure Brandta, wykonywa Sielski repozycyję wypadniętéj macicy w inny, wcale prosty, dla chorych nieprzykry i co najważniejsze — o wiele łatwiejszy i pewniejszy sposób. Używa do tego przez siebie urządzonego elewatora. Jestto zwykły, giętki zgłębnik maciczny, na którym w oddaleniu 6—12 cm. (i więcéj, odpowiednio do długości jamy macicznéj) od końcowéj nabrzmiałości, nałożona i umocowana jest tarcza wielkości krajcara. Przyrząd wkłada do jamy macicznéj w ten sam sposób, jak zgłębnik, a kiedy część pochwowa oprze się na tarczy, podnosi tym elawatorem macicę tak wysoko ku przeponie, jak wysoko bez bólu choréj podnieść ją można. Odprowadzał w ten sposób wypadniętą macicę u dwóch chorych, i u obu z całkiem dobrym wynikiem. Obie chore są zupełnie zdrowe. Zdumiewający istotnie był skutek téj repozycyi, szczególnie u jednéj choréj, u któréj zaraz po pierwszém odprowadzeniu macica została ustaloną w takiém położeniu, jak gdyby nigdy nie była wypadniętą. Przy końcu przedstawia kol. S. jednę z wyleczonych i demonstruje na niéj, w jaki sposób wykonywa repozycyję. (Obszerniejsze streszczenie tego wykładu wyjdzie w najbliższym zeszycie *Wiadomości Lekarskich*).

Dr. Wiczkowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Isze z dnia 2go stycznia 1889.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 27.

1. Przyjęto do wiadomości sprawozdania: *a)* kasowe za rok 1888, odczytane przez kol. Zarewicza, *b)* kol. Kopernickiego z czynności komisyi balneologicznéj, który zrzeka się nadal przewodniczenia téj komisyi. Na wniosek przewodniczącego wyrażają obecni kol. Kopernickiemu uznanie za starania przez powstanie. W głosowaniu po przemówieniu kol. Paszkowskiego zgodzono się na odesłanie téj sprawy do komitetu bez przyjęcia rezygnacyi kol. Kopernickiego. *c)* Sprawozdanie z czynności naukowych Tow. w roku 1888 odczytane przez sekretarza kol. Kwaśnickiego. Uchwalono jednogłośnie, aby drukować sprawozdanie w myśl wniosku koll. Murdzieńskiego i Paszkowskiego. Wykonanie téj uchwały poruczono komitetowi Tow. *d)* Sprawozdanie z czynności Komisyi przemysłowéj odczytane przez sekretarza téjże kol. Gluzińskiego. Kol. Paszkowski wnosi uznanie dla komisyi przemysłowéj i podziękowanie kol. Korczyńskiemu z prośbą, aby nadal kierował sprawami téj komisyi ku wielkiéj korzyści dla spraw przemysłu krajowego. Kol. Gluziński czyni wniosek, aby uchwalono, iżby komisyja przemysłowa mogła na ogólnych posiedzeniach załatwiać swoje sprawozdania tak, jak to dawniéj bywało a nie jak postanowiono w komitecie. Wniosek ten przyjęto po dłuższéj dyskusyi. Następnie wybrano przez aklamacyję ten sam skład komisyi a nadto kol. Rydygiera w miejsce prof. Mikulicza. *e)* Sprawozdanie ze stanu biblijoteki przez kol. Murdzieńskiego. *f)* Sprawozdanie delegata do komisyi sanitarnéj kol. Łazarskiego. Resztę sprawozdań odroczono do posiedzenia następnego. *Dr. Schaitter*, sekr.

Posiedzenie 2-gie z dnia 9 stycznia 1889 r. jako dalszy ciąg posiedzenia administracyjnego.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 22.

1) Kol. Obaliński przedstawił mężczyznę, u którego dokonał wycięcia dolnoszczękowego z powodu nerwobólów w zakresie tego nerwu. Zabiegu tego dokonał według własnéj metody, operacyja odbyła się przed 13 dniami, obecnie człowiek ten przedstawia ranę operacyjną zupełnie zagojoną i uleczony z bólów powraca do domu.

2) Kol. Kopff jako sekretarz komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha zdaje sprawę z czynności téj komisyi i jéj budżetu. Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości, poczém kol. Oettinger zawiadamia o postanowieniu swojém zrzeczenia się dalszego przewodniczenia pracom komisyi. Zamiar ustąpienia motywuje kol. Oettinger tém, że jest obecnie pozbawiony sekretarza — swojéj prawéj ręki, który nie przebywa w Krakowie przez cały rok. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierają głos kol. Paszkowski, Pieniążek i Zarewicz, na wniosek którego zamknięto dyskusyję, a sprawę odesłano do komitetu Tow. celem rozpatrzenia.

3) Sprawozdanie komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. uchwalono wysłuchać na drugiém posiedzeniu w miesiącu lutym.

4) Kol. Łazarski oświadcza, że komisyja kontrolująca zastała rachunki i stan funduszów Towarzystwa we wzorowym porządku.

5) Z kolei przystąpiono do dyskusyi nad zmianami nastąpić mającemi w statucie Towarzystwa i uchwalono: § 9 w brzmieniu jak proponował komitet (tj. „do komisyi redakcyjnéj wybiera Tow. 6-ciu członków z pomiędzy 12-tu przedstawionych przez komisyję redakcyjną"). W § 15 uchwalono opuścić słowa: „razem z budżetem na rok następny." § 17 uchwalono 11-tu głosami przeciw trzem pozostawić w brzmieniu dawniejszém. W § 20 uchwalono posiedzenia odbywać o godzinie 6-téj zamiast jak było w statucie o godzinie 5 téj. W § 25 uchwalono opuścić dodatek po słowie „administracyjnéj" ma nastąpić: „z wyjątkiem komisyi redakcyjnéj, któréj wyznacza się termin po koniec lutego do złożenia sprawozdania." W § 37 zamiast wyrazów „i sześciu członków, z których 2 wybiera Rada zawiadowcza Tow. lek. Gal." ma być „i 8 członków, z których 2 wybiera Rada zawiadowcza Tow. Lek. Gal."

§ 16 regulaminu komisyi redakcyjnéj zmieniono w tym sensie, iż komisyja ta nie ma prawa przybierania nowych członków w swoje grono, tylko w specyjalnych przypadkach i to tylko czasowo.

W myśl § 47 ma nadal podskarbi Tow. wzywać do płacenia zaległych wkładek — a nie sekretarz stały jak to dawniéj bywało.

§ 61 odnoszący się do przyjmowania nowych członków do Towarzystwa uchwalono wciągnąć do statutu (§ ten już jest zatwierdzony przez c. k. Namiestnictwo).

6) W kwestyi lokalu, gdzie się mają odbywać posiedzenia Tow., poruszonéj w ciągu roku przez kol. Rydygiera, uchwalono na wniosek kol. Zarewicza, po przemówieniach kol. Paszkowskiego, Łazarskiego i Oettingera pozostać na razie przy lokalu obecnym.

7) W sprawie osobnego drukowania uchwał i oddawania odbitek członkom Tow. postanowiono na wniosek kol. Kwaśnickiego po wyjaśnieniach tegoż odstąpić od zamiaru takich publikacyj z uwagi na okoliczność, że uchwały będą się mieścić w sprawozdaniach sekretarza stałego, które na mocy uchwały zapadłéj na zeszłém posiedzeniu i tak będą drukowane.

Wśród rozpraw nad tym przedmiotem czyni kol. Mars wniosek, aby założono księgę uchwał zapadłych od założenia Towarzystwa. Po wyczerpującéj dyskusyi, w któréj biorą udział kol. Zarewicz, Paszkowski i wnioskodawca uchwalono pomieścić w księdze uchwał uchwały, mające zapaść od początku roku 1889 a załatwienie téj uchwały pozostawiono komitetowi do wykonania.

Sekretarz *Dr. Schaitter.*

V. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Po owym wszakże chorobliwym, wyżéj opisanym wybuchu, następuje zmiana także niezwyczajna... I tak całe życie wojewody kijowskiego ze sprzeczności się składa: chwiejny, to uparty, wykształcony, to jak barbarzyńca dziki, rozrzutny, to skąpy (zwłaszcza pod koniec), zapalający się

i nie ubłagany, to pokorny i łagodny... słowem wszystkie cechy właściwe neuropatycznemu temperamentowi. W dzieciach jego wszakże dopiero uwydatnia się zwyrodnienie umysłowe, a we wnukach zwątlenie organizmu, więdnącego przy lada podmuchu. — Synów zostawił trzech (trzecie pokolenie). Średni, tylko co wspomniany Janusz, kasztelan krakowski, fanatyk, w samotności rozmiłowany, choć do publicznego życia stworzony, rad się wymykał do klasztoru w Międzyrzeczu, zbudowanego własnym kosztem, gdzie w celi zamknięty całe tygodnie przepędzał. Umarł, licząc lat 66, a objawy zboczenia umysłowego, na długo przed zgonem go napastujące, tak odmalował kronikarz miejscowy: „Tegoż roku, którego na trybunale były opieki księżniczek Jarosławskich odsądzone, p. krakowski w melancholiją i chorobę zapadłszy, po sprawie owéj lubelskiéj, w Wołowiczach leżąc, kilka miesięcy, w rozumie zapominający się; umarł w sobotę 12 *octobris* (1620). Przed śmiercią jego wielkie *factie* najdowały się, szukały sposobu, jakoby *disposicia* majętności, którą za żywota uczynił, szyję złamala. Zaczém i testament *voluntatio illius* praktykami onemi zginął. A jeszcze więcéj chciwość domowych otwarła oczy na zbiory jego, osobliwie na te, które z sobą woził; jakoż czuł to *in delirio* pan krakowski sam, że się zawsze o skarbach przy śmierci swojéj pytał więcéj, niźli o Pana Boga i zbawienie duszy swojéj [1]." Jedyny syn jego Jan Włodzimierz, ledwie lat kilka przeżył; zostały tylko córki. — Brat starszy Janusza, Konstanty, podczaszy litewski, dziwak, rozpustnik i obłąkaniec zarazem. Napastują go senne widziadła. Sędziwy starzec staje przed nim, karci, do życia porządnego zagrzewa; nic to nie pomaga — bo „przez dwanaście lat potém żył swawolnie." Żona, z domu Aleksandra Tyszkiewiczówna, z którą nie miał dzieci, zawadzać mu niechybnie musiała, bo uciekał od niéj do smutnéj i zasuniętéj w poleskie puszcze rezydencyi w Berezdowie. Nareszcie ów starzec znowu przybywa i zapowiada, że mu tylko trzy lata zostawia. Zużyty i zdenerwowany książę uwierzył w przepowiednię, przerzucił się w inną ostateczność, usunął rozpustnice, modlitwie i umartwieniom się oddał: „dyscyplina, paski żelazne i *cilicium*," które potém Januszowi przekazał w spuściznie, znalazły stałe zastosowanie. Termin zakreślony się zbliżał — i znowu ów duch opiekuńczy stawił się po to tylko, żeby powiedzieć, że dotrzymał słowa. Umarł Konstanty w 33 roku wieku swego. A co dziwniejsza — „że wszyscy, którzy przy śmierci jego byli, widzieli nad pałacem tę osobę z rękoma wyciągnionemi, która nie wprzód w niebo wstąpiła, aż on skonał [2]." Miałżeby to być objaw cierpienia zbadanego w ostatnich dopiero czasach, a znanego pod nazwą obłędu udzielającego się przez zarażenie *(folie à deux)*? Bardzo to być może, zwlaszcza przy stosunku, jaki panował na dworach naszych możnowładców. Otaczający chlebodawcę, słuchając nieustannie spowiedzi o odwiedzinach niezwykłego starca, wreszcie widząc wpływ tych odwiedzin, od których tenże chlebodawca wpadł z jednéj w drugą ostateczność — to jest z rozpusty w pobożność, nie przypuszczali, żeby to było następstwem zboczenia umysłowego, a tak mieli wyobraźnię nabitą jego wizyjami, że w końcu w dymach unoszących się z kominów książęcego dworca, mogli dojrzeć postaci, któréj tam właściwie nie było, lecz którą wytworzyły podniecone chorobliwie ich funkcyje mózgowe. — Trzeci Konstantynowicz najmłodszy, Aleksander wojewoda wołyński, „był człowiek dumny i burzliwy, dla poddanych ostry i surowy. Gdy objeżdżał swe dobra na Wołyniu, włodarka jakoby podała mu w kubku napój, trucizną miłosną zaprawiony, który wypiwszy, zachorował i życie zakończył [3]. Więc przypadłość, cechująca ostatnie po mieczu pokolenia Ostrogskich, mianowicie w podnieceniu sfery sensualnéj, i tutaj się okazała. Żona Aleksandra, Anna Kostczanka, dziwnie pobożna i nad wyraz płodna pani, w ciągu jedenastoletniego pożycia powiła mu ośmioro dzieci: pięciu chłopców i trzy dziewczyny [3]. Ci zaś synowie zmarli bezpotomnie — trzech w pacholęcym, dwóch zaś, Janusz

[1]) Kronika Ostroga przez Kardasiewicza; rękopis. [2]) Niesiecki, VII, 189. — [3]) Kronika Ostroga przez Kardasiewicza; rękopis. — [3]) Boniecki, poczet rodów, s. 236.

i Kazimierz, w młodocianym wieku. Jeden z nich bawił się strzelaniem w refektarzu, a za cel służyło mu Pismo Święte. W okresie głębokiéj wiary, takie lekceważenie miejsca i przedmiotu, dowodziło bądźcobądź nieprawidłowości umysłowéj. Jezuita heraldyk, opisujący tę gorszącą scenę, dodaje: „Słowo, na którém się strzała oparła, było: śmierć, ztąd prędkiéj się dla niego obawiano zguby; jakoż i była" [1]). Jerlicz, dobrze świadomy domowych spraw ks. Ostrogskich, powiada o dwóch Aleksandrowych synach: „W młodym wieku poumierali, że swawolili, bo byli bardzo rozpustni" [2]).

Po mieczu tedy ród wygasł już w r. 1620-ym. Z córek wojewody wołyńskiego, na jednéj tylko zatrzymamy uwagę czytelnika, mianowicie na Annie Aloizie, znakomitego Jana Chodkiewicza, sędziwego wodza małżonce. Wspólnie żyli z sobą tylko dziesięć miesięcy; została wdową w 21-ym, a co najwięcéj w 22-im roku. Niesiecki, bardzo ciekawy, ciekawszy nawet niż na księdza przystoi, utrzymuje, że „cnotę nienaruszonego panieństwa" przechowała do zgonu. Oddana praktykom religijnym, ulegała także omamom zmysłowym, przeważnie słuchu. Miał do niéj przemówić wizerunek ukrzyżowanego Chrystusa: — „Pogardź światem," — wierną téż temu głosowi została. — Po jéj zgonie znaleziono „ostre dyscypliny krwią zbroczone, żelazne grzebienie i druciane paski." I to się łatwo da wytłumaczyć przygnębieniem sfery czuciowéj, podniesionėm do wysokiego stopnia. „Ręce swoje, piszą współcześni, żelaznemi manelami ubierała;" druciana koszula była jéj powszednią odzieżą. Podczas wielkiego tygodnia groby obchodziła boso, modliła się, „krzyżem leżąc i łzami pawiment oblewając." Pałac jéj przeobraził się w klasztor, w którym założona była pepiniera, szerzenie kultu łacińskiego mająca na celu. W niéj to dzieci żydowskie, tatarskie i tureckie uczono prawd wiary. — Oglądaliśmy wizerunek Anny Alojzy z epoki jéj młodości (1624), typowy pod każdym względem. Na głowie czepiec wdowi, szaty zakonne, w dłoni przytulony do piersi różaniec, a wyraz twarzy zdradza wewnętrzny trawiący ogień fanatyzmu. Policzki pełne, usta zaciśnięte, oczy duże, jakby szklane, odblask nieubłaganego protestu przeciw wszystkiemu, co nie podziela jéj przekonań... — Apologiści utrzymują, że sobie dzień zgonu przepowiedziała. Za życia wprawiała nieraz w zdumienie publiczność ostrozką. Oto Ormianin, słuszny obywatel miejscowy, zaprosił ją raz do ogrodu, czasu dojrzewania owoców. Podane sobie jabłka rozcinała, a obecni dostrzegali na każdéj rozkrajanéj powierzchni „krucyfiks misternie wyrobiony." Już po zgonie Anny, ktoś ze znajomych dotknięty „kwartanną... skoro przez zasługi jéj do Boga westchnął, od kwartanny wolny został [3])." Sam kościół musiał upatrywać w tém wszystkiem pewne zboczenia umysłowe, kiedy pomimo tak wysokiéj świątobliwości nie zaliczył zmarłéj w poczet błogosławionych. A warunki były po temu: wielki, rozgłośny ród, wielkie ofiary na rzecz religii, którą wyznawała z taką gorliwością, spory szereg apologistów wynoszących jéj cnoty,[4]) wreszcie wpływowa i można rodzina, to jest potomstwo po dwóch starszych siostrach. A jednak do tego nie przyszło; musiały więc być powody niezbite potwierdzające wyżéj wypowiedziane przypuszczenie. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Gärtner: Zatrucie mięsem w Frankenhausen i grzybek takowe sprowadzający.

W 9ym zeszycie *Correspondenzblätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen* 1888, daje profesor Gärtner z Jeny obszerne sprawozdanie z badań swoich nad przyrodą zatrucia mięsem, które jako czytelników „Przeglądu Lek." obchodzące nieco obszerniéj streszczam. W pewnym majątku ziemskim w okolicy Frankenhausen zachorowała w maju r. 1888 krowa wśród objawów nieżytu jelitowego, a gdy środki za-

[1]) Niesiecki, VII, 189. — [2]) Tamże, I, 33. — [3]) Niesiecki, VII, 189—194. — [4]) Życie ku podziwieniu chwalebne j. o ks. Ostrogskiéj, Anny Alojzy Chodkiewiczowéj i t. d. Kraków, 1698 r.

lecone przez weterynarza odpowiedniego skutku nie wywarły, zabito bydlę, a mięso jego przez oglądacza za nieszkodliwe uznane sprzedano. Przy obdukcyi zabitéj krowy znaleziono jedynie przekrwienie jelit cienkich bez obrzęku śledziony lub zmian woni i zabarwienia mięsa. Następnego dnia po sprzedaniu mięsa zasłabł wyrobnik W., który *800* gramów świeżego nasolonego mięsa spożył był, wśród objawów nieżytu jelitowego i wymiotów i zmarł w przeciągu dni 2ch. Obdukcyja sądowolekarska wykazała obrzęk śledziony, obrzęk gruczołów Peyera i gruczołów rozsianych w jelitach, silne nastrzykanie błony śluzowéj jelit i żołądka, wybroczyny wielkości talara na obrzękłéj błonie śluzowéj żołądka, krew płynną ciemnoczerwoną. Obducenci na razie wydali orzeczenie, że przyczyną śmierci wyrobnika był dur brzuszny. Równocześnie z zasłabnięciem wyrobnika W. zasłabło z *93* osób, które w ogóle mięso zabitéj krowy jadły, *56* osób, wśród objawów tych samych, co zmarły. Wybitnych różnic w nasileniu objawów chorobowych u osób, które jadły surowe lub gotowane mięso, dopatrzyć się nie można było. Przypadły towarzyszące przebiegowi chorób były te same co w przypadku pierwszym, jednakowoż żaden z nich nie zakończył się śmiercią, w niektórych zauważono znaczne podniesienie się ciepłoty, ogólne osłabienie, wymioty i biegunkę, wyzdrowienie w przeciągu 1—2 tygodni. Z powodu zachodzącego podejrzenia, czy nie należy odnieść zasłabnięcia tak znacznéj liczby osób, które jedno i to samo mięso jadły, do zatrucia ptomainami z mięsa niezdrowego wytworzonemi lub do zakażenia, podjął prof. Gärtner bakteryjologiczne poszukiwania, które nadzwyczaj pomyślnym uwieńczone zostały skutkiem. I tak z narządów zabitéj krowy oraz narządów zmarłego wyrobnika W. oraz z reszty mięsa, po którego spożyciu tenże zachorował, udało mu się drogą hodowli płytkowych wyhodować prątek, któremu daje nazwę: *bacillus enteritidis*, który, jak to odnośne doświadczenia na zwierzętach okazały, był jedyną przyczyną ogólnego zakażenia tak bydlęcia jak i osób, które nieco tegoż jadły.

Wykryty przez Gärtnera prątek wzrasta szybko na płytkach z pożywki gelatynowéj jako delikatne prawie przezroczyste warstwy o ostrych okrągłych brzegach i nieco ciemniéj zabarwionéj części środkowéj, o grubo ziarnistéj powierzchni. W hodowlach epruwetkowych tworzy na powierzchni grubą szaro białą warstwę, która wnet kurczyć się i zasychać poczyna. W kanale wkłucia wzrost ogranicza się do tegoż. Prątki te okazują wyraźne ruchy dowolne, przedstawia się jako twór cienki (wymiar podłużny 2 razy większy niż poprzeczny), zazwyczaj prosty, niekiedy po dwa lub więcéj razem ułożony, niekiedy otoczkę okazujący. Wymiary prątka tego zależnie od podłoża, na którém wzrósł, rozmaite, tak że jedynie przez przeszczepienie i hodowlę prątki wzrosłe na pożywce agarowéj lub surowiczéj z prątkami wzrosłemi na pożywce gelatynowéj identyfikować można. Prątek ten okazuje szczególne zachowanie się względem barwików anilinowych, a mianowicie, barwi się niejednostajnie, zazwyczaj jedna tylko część przyjmuje barwik, podczas gdy druga wcale się nie barwi, u prątków podwójnych barwik umiejscowionym jest w pośrodku. Barwienie metodą Grama nie udaje się. Na pożywce agarowéj w ciepłocie ciała wzrasta szybko jako biało szara powłoczka, prątki z takiéj hodowli są cieńsze i mniejsze niż z hodowli na gelatynie, jeszcze mniejsze trafiają się na pożywce surowiczéj, na któréj w postaci kropelek biało szarych wzrastają. Mimo wielokrotnych poszukiwań nie udało się autorowi podobne prątki z mięsa gnijącego tak ludzkiego jak i zwierzęcego wyhodować, tak że znalezione twory właśnie z powodu, że je w obu przypadkach w czystych hodowlach tak drogą mikroskopową jak i drogą hodowli znalazł, oraz na podstawie doświadczeń na zwierzętach wykonanych uważa za swoiste. Karmiąc psy i koty mięsem zabitéj krowy nie mógł otrzymać wyników dodatnich, natomiast karmiąc myszy hodowlami grzybka tego wzrosłemi na ziemniakach lub też mięsem grzybkami temi zaprawioném otrzymywał stale wynik dodatni, t. j. śmierć w przeciągu 2—5 dni, we krwi i narządach mógł drogą hodowli grzybki te wykazać, ten sam wynik otrzymał karmiąc konia i kozę, jakkolwiek zwierzęta te po spożyciu grzybków ciężko tylko zaniemogły. Wstrzykiwaniem podskórném sprowadzał śmierć królików, u świnek morskich wywoływał ropnie, wszędzie znajdując we krwi lub ropie też same grzybki, wstrzyknięcia wprost do krwi sprowadzały u królików, myszy, świnek morskich i kozy śmierć zwierząt. Przy obdukcyi napotykał stale nastrzykanie i zaczerwienienie błony śluzowéj wraz z obrzękiem téjże, obrzęk śledziony miernego stopnia a przy wstrzyknięciu do jamy otrzewnowéj surowicze lub ropne zapalenie otrzewny, nadto wybroczyny na błonie śluzowéj żołądka, w nerkach, wątrobie, opłucnéj i płucach. Tak we krwi jak i kale prątki te w znacznéj znajdowały się ilości. Dalsze badania wykazały, że znaleziony prątek wytwarza jad swoisty, który wśród tych samych objawów zabójczo na zwierzęta działa. I tak np. zaprawiał autor świeże mięso hodowlą grzybka tego i sporządzał zeń pożywkę rosołową, która należycie przez 1-godzinne gotowanie wyjałowiona, wstrzyknięta do jamy otrzewnowéj lub do żołądka zwierząt śmierć wśród takichże samych objawów oprócz obrzęku śledziony sprowadzała. Poszukiwania prof. Gärtnera stanowią ważny przyczynek do znajomości otrucia mięsem, które dotychczas nader skąpego doczekało się opracowania. Poszukiwania nad ptomainami rozpoczęte przez Selmiego, Stasa i Briegera, dla wielkich z natury rzeczy nastręczających się trudności mało dotychczas zdołały przyciągnąć badaczów, pierwsze to też odkrycie grzybka swoistego, który w ustroju i poza nim jad wytwarzając ogólne zakażenie i zatrucie mógł sprowadzić, gdyż owa tyfotoksyna Briegera, którąby w tym przypadku przeciwstawić można, jak na teraz nie zdołała sobie jeszcze ogólnego wywalczyć uznania. Sprawozdawca miał sposobność przedsięwziąć kilka doświadczeń z wykrytym przez Gärtnera grzybkiem, którego hodowlę zakład bakteryjologiczny w Monachijum od autora otrzymał. Wszystkie szczegóły co do morfologii i patogenezy grzybka tegoż podane przez G. nader łatwo stwierdzić można; dodać mógłby jedynie to, że starsze hodowle w porównaniu z młodemi wybitniéj na ustrój działają. Grzybek ten posiada wielką odporność na działanie innych grzybków, w gnijącém znajdujących się mięsie, gdyż jak to kilkakrotnie mógł stwierdzić, zaszczepiony w kawałek mięsa, który następnie przez dni 14 gniciu poddano, wśród mnóstwa przeróżnych grzybków gniciu towarzyszących drogą hodowli płytkowych łatwo odszukać było można, czego o pokrewnych mu grzybkach jak *Bacillus saprogenes* Rosenbachii lub prątku neapolitańskim Emmericha powiedzieć nie można. Pożywka roztworu z mięsa grzybkiem tym zakażonego, następnie wyjałowiona, trzymana w ciepłocie 36—38°C., zachowuje długo własność zatruwania ustroju zwierzęcego, podczas gdy takaż sama trzymana w ciepłocie pokojowéj, jak to już Gärtner stwierdził, daleko słabiéj działa, trzymana zaś w ciepłocie 42°C. traci własność trującą po upływie tygodnia. *Dr. J. Karliński.*

α Nieczytelne zapisywanie recept było już nieraz powodem nieszczęść. Niedawno zdarzył się w jedněm z miast francuskich smutny wypadek, którego ofiarą padł zastępca prefekta. Cierpiąc na ból głowy uporczywy wezwał brata swego lekarza, który zapisał 1gr. antipyriny ale tak nieczytelnie, że z apteki wydano 1gr. atropiny. Wkrótce po zażyciu tego leku chory umarł. (*Lancet*, 1889, 1).

α. Dr. Ignatiew ogłosił w jedněm z moskiewskich czasopism lekarskich badanie bakteryjologiczne nad powietrzem w salach szkolnych gimnazyów i szkoły techniczněj w Moskwie. Z badań jego wynika, że najwięcéj przyrzutów znajduje się w powietrzu przed rozpoczęciem lekcyi i po ukończeniu takowéj. Pochodzi to widocznie ztąd, że przed lekcyją i po lekcyi uczniowie wzbijają pył a z nim i mikroby. (*Lancet*, 1889, 1).

VII. Wiadomości bieżące.

*** Kraków** 31 stycznia. Przypadkiem dostał nam się do rąk Nr. 43 tygodnika, wychodzącego w Wiedniu a przeznaczonego głównie dla t. zw. lekarzy praktycznych, *alias* chirurgów, pt. *Med. chirurg. Centralblatt*; a w nim pomiędzy Rozmaitościami uderzył nas list, pochodzący od lekarza praktycznego mieszkającego w jedněm z naszych miasteczek galicyjskich. Piszący narzeka na konkurenta, młodego Dra w. nauk lek., przybyłego

z Wiednia, który koniecznie z praktyki i dochodów skromnych wyzuć go usiłuje, — sąto zwykłe skargi, zwykła walka o byt, która, dopóki świat światem, istnieć będzie. Ale pomiędzy innemi wspomina piszący, że konkurent jego oświadczył w Sądzie miejscowym gotowość wykonywania czynności sądowolekarskich za wynagrodzeniem, jakie pobiera chirurg (tj. za pół ceny) i że w skutek tego podania Sąd postanowił podzielić czynności pomiędzy obydwóch w ten sposób, że naprzemian co tydzień pełnić je ma jużto doktór medycyny, jużto chirurg. Nie wchodząc w resztę zażaleń, do ocenienia słuszności których nie czujemy powołania, naznaczyć musimy, że jeżeli okoliczność przytoczona jest prawdziwą, ów doktór medycyny postąpił sobie arcyniewłaściwie i działał na szkodę dotkliwą nietylko utyskującego chirurga, ale wszystkich swoich kolegów. Od lat wielu, prawda że niestety bezskutecznie, stowarzyszenia lekarskie i jednostki w całém państwie austryjackiém występują przeciw taryfie, ogłoszonéj przed 40 laty prawie, a która nie pozostaje w żadnym stosunku z pracą lekarzy, z potrzebami ich z każdym rokiem wzmagającemi się, a co ważniejsza o wiele niższéj od taryfy obowiązującéj w państwach ościennych, nawet w oszczędnych Prusiech, — a tu pojawia się lekarz, któremu wynagrodzenie jest za wysokie i licytując niejako *in minus* zadowala się połową płacy, ubliżającéj nieraz godności stanu lekarskiego. Cóż dziwnego, że przed kilkunastu laty jeden z ministrów odezwał się w Wiedniu, że i za obecne wynagrodzenie zawsze lekarzy sądowych znajdzie w Austryi, że więc nie widzi potrzeby zastąpienia taryfy obecnéj nową, dla lekarzy korzystniejszą? Jeżeli doktór w. nauk lek. tak ceni swoje usługi, że gotów je wykonywać za $52^1/_2$ gr., jakże może spodziewać się poważania ze strony nielekarzy? W braku Izb lekarskich nie mamy niestety sposobu występowania przeciw takim kolegom, ale przypadki takie, — a kto wie, czy one są tylko odosobnione, wskazują, że Towarzystwa nasze lekarskie, bezbronne w obec tych lekarzy, którzy do ich grona nie należą, powinny połączonemi siłami starać się, aby i u nas utworzono Izby lekarskie, a dopóki ich nie ma, byłoby może rzeczą wskazaną, aby na posiedzeniach swoich wypowiedziały sąd swój o podobnych postępkach osób praktyką lekarską zajmujących się.

* Trybunał administracyjny w Wiedniu pod przewodnictwem br. Belcrediego z powodu zażalenia wniesionego przez t. zw. technika dentystycznego, orzekł, że rozporządzenie ministeryjalne z d. 12 stycznia 1887, mocą którego powiedziane było, że technika dentystyczna nie jest przemysłem samodzielnym, jest nieprawne i dla tego mocy mieć nie może, a to z powodu, że rozporządzenie cesarskie z r. 1842 wyraźnie pozwala technikom sporządzanie zębów i szczęk.

† Francyja. Francuskie Towarzystwo hygijeny dziecięcéj ogłosiło konkurs na następujące tematy: 1) O mleku różnych zwierząt ze stanowiska karmienia niém dzieci. 2) O zarażeniu się w szkołach. 3) Monografija jakiéjkolwiek gałęzi produkcyi ze stanowiska higijeny. Pierwszą nagrodę stanowi srebrny medal, drugą — bronzowy, trzecią — list honorowy. Adres: Dr. Chassaing. Paryż 207, rue Saint-Antoine. Termin do 1-go Maja 1889 r.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Oddział prof. Senatora w Charité przeobrażony został w 3 klinikę uniwersytecką. — **Hala.** Docent chirurgii Dr. Schuchard mianowany został dyrektorem szpitala w Szczecinie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora wszech nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Jan Kanty Wojtaszek, rodem z Krakowa.

* **Zmarli.** W Hamburgu prof. zoologii Dr. Pagenstecher, zasłużony koło nauki o włośnicy; w Bonn prof. psychijatryi i dyrektor zakładu dla obłąkanych Dr. Werner Nasse (ur. w r. 1822, syn słynnego klinicysty.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 6 lutego o godz. 6éj **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém 1) prof. Rydygier przedstawi chorych z kliniki chirurgicznéj, poczém 2) odbędą się wykłady proff. Pieniążka i Obalińskiego na przeszłém posiedzeniu nie załatwione.

†

Przed samém zamknięciem Numeru zaskoczyła nas wiadomość straszna. Następca tronu, J. C. W. Arcyksiąże Rudolf, duma i nadzieja ludów połączonych pod łaskawém berłem Habsburgów, w kwiecie wieku umarł nagle d. 30 stycznia rano w skutek porażenia serca. Społeczeństwo nasze do gromów niestety przywykłe i z niemi aż nadto oswojone, zadrżało jednak i osłupiało z bólu do głębi wstrząsającego na wieść, że los zawistny zabrał nam Księcia, który pod okiem najszlachetniejszego z monarchów wychowany i kształcony przez pierwszorzędnych mistrzów przeznaczonym się zdawał do uszczęśliwienia milijonów ludzi. Komuż z nas żywo nie staje przed oczyma świetlany obraz potomka Cesarzów rzymsko-niemieckich, gdy w Towarzystwie nadobnéj i tak ujmującéj Małżonki, szlachetnéj królewny belgijskiéj, d. 28 czerwca 1887 r. zjawił się w auli naszéj, aby z rąk Senatu przyjąć dyplom honorowy Dra filozofii. Przyszły władzca jednego z najpotężniejszych państw, pomimo młodego wieku znany już w świecie jako uczony Opiekun nauk i sztuk, w świetném przemówieniu dziękuje za zaszczyt zaliczenia go w poczet doktorów uniwersytetu Jagiellońskiego, którego znaczenie w przeszłości, a nierównie większe przeznaczenie w przyszłości tak trafnie ocenia lapidarnemi słowy, które złotemi literami wypadało wyryć na murach pięknego, nowego przybytku! I tyle nadziei pochłania grób! Łzy milijonów ludzi, ból nie wysłowiony tylu ludów, które, jakikolwiek jest wzajemny ich stosunek do siebie, w uwielbianych osobach Ojca i Syna, wszystkie upatrywały owe słupy ogniste, prowodzące w wędrówce i wiodące do celu upragnionego, — czyż nie stanowią wymownego dowodu, że nie zwykłą i nie powetowaną jest strata, którą ponieśliśmy wszyscy przez śmierć Tego, którego historyja darzyłaby kiedyś mianem: *amor et deliciae generis humani.* A najlepszego, najszlachetniejszego Ojca, dla nas w szczególności zawsze łaskawego Dobroczyńcę, na którego niestety los tyle ciężkich zsyła prób, w chwili téj dla serca jego najstraszniejszéj, otaczamy wszyscy bez wyjątku najszczerszém współczuciem i najgłębszą miłością milijonów synów, do ostatniego tchnienia wdzięcznych za Jego dobrodziejstwa. Aż nadto jesteśmy przekonani, że stajemy się wyrazem całego świata naszego lekarskiego, jeżeli razem ze wszystkimi obywatelami, którzy mają szczęście pozostawać pod panowaniem Habsburgów, zanosimy błaganie przed tron Wszechmocnego: Boże chroń i zachowaj nam naszego ukochanego Cesarza i Króla!

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 9 Lutego 1889. Nr. 6.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia np. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wtórorzędnéj t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj niedrożności jelit.

Podał
Prof. Dr. Obaliński w Krakowie.

Dzięki błogim skutkom antiseptyki i techniki chirurgicznéj pokonaliśmy prawie zupełnie dwóch zaciętych wrogów chirurgii brzusznéj, t. j. zakażenie gnilne, które przez dłuższy czas pod internacyjonalną nazwą shocku się ukrywało i krwotoki następowe. Odtąd stały się laparotomije operacyjami już nie tak nieprzystępnemi, więcéj typowemi tak, że dzisiaj każdy więcéj zatrudniony chirurg, pracujący w zakładzie średnich nawet rozmiarów, liczy je wprawdzie nie jak Spencer Wells i Lawson Tait na tysiące, lecz na setki.

W obec jednak tego rozlicznego materyjału wyłonił się nowy nieprzyjaciel i to z téj właśnie strony, z któréj czuliśmy się najbezpieczniejszymi. Własność bowiem otrzewny szybkiego i pewnego sklejania się w miejscu podrażnienia, tak skrzętnie wyzyskiwana na chwałę nowoczesnéj chirurgii i pożytek cierpiącéj ludzkości, okazała się także i zdradliwą.

Coraz to częściéj skarżą się operatorowie na pojawianie się przypadów niedrożności jelit w przebiegu gojenia się ran po laparotomijach, a najlepszym tego dowodem było, że podczas dyskusyi, wszczętéj nad tymże przedmiotem na pierwszym wiecu ginekologów niemieckich w Monachijum (1886), mógł niemal każdy z uczestników przyczynić się do powiększenia kazuistyki. Obdarzyłem tego rodzaju niedrożność jelit mianem wtórorzędnéj i zdaje mi się nie bez słuszności; chociaż bowiem każda niedrożność jelita jest następstwem jakiéjś innéj sprawy patologicznéj a więc zasługiwałaby w szerszém znaczeniu na nazwę wtórorzędnéj, to z praktycznych względów i w ściślejszém klinicznem znaczeniu przyjąćby się powinna ta krótko i jasno rzecz malująca nazwa.

Jakkolwiek czuję to doskonale, że chcąc w sprawie téj gruntowniéj się rozpatrzeć, trzebaby ułożyć przedewszystkiem statystykę wszystkich znanych dotąd przypadków, to jednakże, raz ze względu na znaczne trudności w zbieraniu takich dat w naszych warunkach, powtóre dla braku czasu, pozostawiam pracę tę następcom a to tém bardziéj, że i materyjał będzie tymczasem i obfitszym i lepiéj postrzeganym; sam zaś pospieszam go powiększyć własną kazuistyką i nawiązać do nich kilka nasuwających się uwag praktycznych.

Na 86 [1]) przypadków laparotomij przezemnie wykonanych miałem sposobność postrzegania trzy razy objawy niedrożności jelit, które wystąpiły w czasie gojenia się lub po wygojeniu się ran brzusznych. Pierwszy z nich został już opisanym pod Nrem 36 i 37 w szeregu moich laparotomij, dokonanych z powodu niedrożności przewodu pokarmowego [2]), dla tego, nie chcąc się powtarzać, odsyłam tamże ciekawego czytelnika po bliższe szczegóły; tutaj tylko wyszczególnię, że pierwsza laparotomija była robioną z powodu uwięźnięcia jelita w worku przepuklinowym, wepchniętym w całości do jamy brzusznéj, że pacyjent miał się po operacyi dobrze i oddawał stolce a że wreszcie szóstego dnia wystąpiły powtórne objawy niedrożności jelita, które mnie zmusiły do powtórnéj laparotomii, przyczém miałem sposobność usunięcia skrętu jelit tuż ponad kątnicą położonego. Powstanie tego skrętu tłumaczę sobie w sposób następujący: Pacyjent cierpiał od dłuższego czasu na przepuklinę pachwinową wolną, w któréj mieściła się pętla jelita biodrowego tuż ponad kątnicą położonego, przez co kreska kątnicowa niezwykle się wydłużyła. Gdy skutkiem zrostu w worku przepuklinowym pętla owa doznawała przez dni ośm niedrożności, pozostał po uwolnieniu jéj jakby stan porażenia, a gdy kał nagro-

[1]) Jeżeli zaliczam tylko operacyje, gdzie otwarto jamę brzuszną na przedniéj ścianie, to wypada cyfra 86; zaliczając zaś do laparotomij w myśl Lawson Taita każdą operacyję, w któréj się otrzewnę przecina, wypadłaby mi cyfra 183. —
[2]) Przegląd Lek., 1888, Nr. 39—41 i Langenbecka Arch. t. XXXVIII, zeszyt 2.

madzony powyżéj w znacznéj ilości zaczął się przez nią przesuwać, uległa naporowi i w ten sposób przyczyniła się do skrętu, który stał się jeszcze silniejszym przez wtłoczenie się jelita biodrowego pod kreskę kątnicową. Niedrożność więc w tym przypadku nie stoi w przyczynowym związku z laparotomiją jako taką, lecz z uwięźnieniem wewnętrznem, które laparotomiję sprowadziło.

W téj saméj pracy, w któréj powyższy przypadek znalazł pomieszczenie, opisałem pod Nrem 35 również przypadek niedrożności jelita, która wystąpiła w 1½ miesiąca po resekcyi jelita i pierwszorzędnéj enterorafii. Sklejenie się ścian jelitowych ze sobą i z najbliższą ścianą brzuszną dało do tego powód. Jakkolwiek tu nie poprzedzała laparotomija tylko herniotomija, to przypadek ten, którego szczegóły w miejscu wskazaném odnaleźć można (l. c.), śmiało tutaj zaliczyć można.

Najniewątpliwiéj jednak należy się tutaj miejsce trzeciemu przypadkowi, ktory w ostatnich czasach miałem sposobność postrzegać i operować.

Maryja Kasztorówna, l. 45 licząca, panna, zgłosiła się się w dniu 18 października 1888 na oddział chirurgiczny z powodu guzów w brzuchu i znacznych krwotoków macicznych. Na podstawie badania, które wykazało w brzuchu guz wielkości głowy dziecka, nierówny, nieco ruchomy, z małéj miednicy wychodzący i z macicą w związku stojący, rozpoznano włókniaki macicy i przystąpiono dnia 25 października do operacyi. Po dosadném rozcięciu ściany brzusznéj wytoczno z trudnością i przy pomocy dwóch palców podpierających od strony odbytnicy guz przed ranę zewnętrzną a zasznurowawszy szyję macicy tuż nad pochwą za pomocą grubego drenu odjąłem macicę wraz z guzami sposobem S c h r ö d e r a tuż ponad drenem. Po przewiązaniu grubszych naczyń widocznych w kikucie nałożyłem nań przewiązki według metody Z w e i f l a, a w końcu otrzewnę nadkikutową raną ze sobą zespoiłem. Szczególniejszą na to wagę kładę, że operacyja była trudną, że z tego powodu trwała dłużéj niż zwykle, bo przeszło półtory godziny i że k i l k a p ę t l i j e l i t o w y c h c i ą g l e s i ę z p o d r ą k a s y s t e n t ó w w y s u w a ł o a n a w e t j e d n a z n i c h d o z n a ł a c h w i l o w e g o u c i s k u p r z y z a k ł a d a n i u d r e n u n a s z y j ę m a c i c y. Gojenie się rany i powrót do sił odbywały się zupełnie prawidłowo tak, że po dwóch tygodniach uważałem pacyjentkę za zupełnie uleczoną i pozwoliłem jéj nieco się poruszać na łóżku a nawet siadać do jedzenia. Nagle wśród zupełnéj euforyi doznaje ona w 24 dniu po operacyi wieczorem gwałtownego bólu w brzuchu a w kilka godzin wymiotów, które utrzymują się przez całą noc. Na drugi dzień przy porannéj wizycie a więc w 15 godzin póżniéj znalazłem chorą, wijącą się od bólu z twarzą zapadłą i bladą, z brzuchem mało wzdętym lecz okazującym przez cienkie swe powłoki w y b i t n e z w o j e r o z d ę t y c h j e l i t c i e n k i c h tak, że połączywszy to z powyżéj podanemi wywiadami rozpoznałem przeszkodę mechaniczną a najprawdopodobniéj zrosty i wierny swéj zasadzie, zamiast tracić czas na bezużytecznych podawaniach środków czyszczących, od razu przystąpiłem do p r ó b n é j ł a p a r o t o m i i. Z wielką ostrożnością otwierałem otrzewnę w dawniejszéj bliźnie obawiając się natrafić odrazu tutaj na zrosty, czego jednak nie było, natomiast po nie długiém szukaniu wśród rozdętych jelit cienkich znalazłem po stronie lewéj tuż obok wzgórka łonowego naprężony postronek grubości palca małego, długości około 8cm. a pod nim silnie uciśniętą pętlę jelitową. Czemprędzéj przeprowadziłem pod ową taśmę ligaturę podwójną a podwiązawszy ją w dwóch miejscach rozciąłem pośrodku i uwolniłem zaciśnięte jelita, które już w dwóch miejscach okazywało p o d e j r z a n e o d l e ż y n y. Po przewiązkach pozostałych na obu końcach uciskającego postronka poznałem, że wytworzył on się przez przyrośnięcie kreski jelitowéj ze ścianą brzuszną, przez co powstała szpara, w któréj inna pętla doznała zaciśnięcia. W jamie brzusznéj już się było nagromadziło około 1 litra cieczy surowiczéj. Zaprószywszy w kilku miejscach pyłem jodoformowym zaszyto czémprędzéj jamę brzuszną, która nie więcéj niż 10 minut była otwartą i wstrzyknięto 3 cgm. kokainu z eterem przeciw widocznemu zapadowi. Chora przychodziła do sił powoli lecz statecznie a obecnie, t. j. w miesiąc po drugiéj operacyi, zaczyna się przechadzać po pokoju.

Wspomniałem już powyżéj, że tylko dokładna statystyka licznych przypadków popartych autopsyją albo za życia albo po śmierci może nam dać pewne wskazówki co do genezy, rozpoznawania, rokowania i sposobów zapobiegania tym przykrym następstwom laparotomij. Dopóki to jednak nie nastąpi, kierować się musimy pewnemi z pojedynczych przypadków wysnutemi wnioskami i ten jedynie wzgląd usprawiedliwić może następujące uwagi, które na podstawie postrzegania powyższych trzech przypadków wysnuć sobie pozwalam.

1. C o d o p a t o g e n e z y. Z trzech tutaj przytoczonych przypadków w dwóch były przyczyną niedrożności zrosty otrzewnowe a w jednym skręt jelit. Szczerze wyznać muszę, że nie mogę pojąć, jak właściwie laparotomija jako taka ma stać się przyczyną skrętu lub zawężlenia *(volvulus)*, jak o tém niektórzy wspominają. Tak przynajmniéj czytam w rozprawie T. D e m b o w s k i e g o [1]), który twierdzi, że mogą się wydarzyć przypadki niedrożności jelita wywołane przez jego zagięcie lub skręcenie około swéj osi i to sprawione ręką operatora!! Jeżeli gdzie kiedykolwiek w rzeczywistości tak się stało, toć przecież nie można winić za to metody, nie można twierdzić, że to jest nieprzewidzianém złém, bo to poprostu błąd przeciw zasadom sztuki. Lecz ja sądzę, że operator, który do laparotomii się bierze, posiada już tyle wprawy i rutyny, że nigdy nie dopuści się tak wielkiéj niezręczności; to raczéj będą zagięcia lub skręty, które powstały, jak w moim pierwszym przypadku, w przebiegu laparotomij przedsiębranych z powodu wewnętrznego uwięźnięcia.

Z góry można powiedzieć, że najczęstszą przyczyną niedrożności jelit po laparotomijach będą zrosty otrzewnowe, nie mogę się jednak zgodzić ze zdaniem D e m b o w s k i e g o, który twierdzi, że one jedynie powstać mogą przez działanie ciał obcych w jamie otrzewnéj zawartych, jak przewiązki, gaza, zwęglone strupy itd. Pomijając już tę ogólnie znaną okoliczność, że przy sekcyjach bardzo często znajdujemy liczne zrosty, które bez obecności ciał obcych w jamie otrzewnowéj powstały jedynie przez działanie pobliskiego ogniska zapalnego w którémkolwiek z trzew pokrytych otrzewną i które w podobny sposób powstaćby mogły w przebiegu każdéj laparotomii, zwrócić muszę uwagę na mój trzeci z przytoczonych tutaj przypadków. Pomimo obecności ciał obcych w jamie brzusznéj a mianowicie całego szeregu szwów w kikucie amputacyjnym macicznym i w ranie zewnętrznéj, nie przyrosło jelito ani do jednego ani do drugiego, lecz do najbliższego odcinka ściany brzusznéj. Taki jeden fakt na człowieku postrzegany usuwa cały szereg wyników zdobytych doświadczeniami na zwierzętach! Ale jak sobie fakt ten wytłumaczyć można? Mnie się wydaje najprostszém tłumaczenie następujące. Każdy z chirurgów mających jakie takie doświadczenie w chirurgii brzusznéj mógł zauważyć, że jelita, nawet zupełnie prawidłową otrzewną pokryte, jeżeli się je przez dłuższy czas trzyma wystawione na działanie powietrza, najprzód czerwienieją a następnie z a c z y n a j ą się pokrywać pokładem włóknikowym, który przecież jest pierwszym początkiem owych zrostów. Tak sądzę i było

---

[1]) *Arch. f. klin. Chir. XXXVII*, str. 760. *Über die Ursachen der peritonealen Adhaesionen nach chirurg. Eingriffen mit Rücksicht auf die Frage des Ileus nach Laparotomien.*

w moim przypadku. Operacyja była trudną i trwała długo, bo przeszło półtory godziny; co chwila jakaś pętla wysuwała się z pod rąk asystenta przytrzymującego jelita a najprawdopodobniej była to jedna i ta sama pętla, która doznawszy tylokrotnie podrażnienia przykleiła się do najbliżéj położonéj ściany brzusznéj pomimo, że ani w jednéj ani w drugiéj żadnego nie było ciała obcego. Tego rodzaju drażnienia otrzewny w myśl znanych doświadczeń Wegnera[1]) nie powinien był pominąć T. Dembowski w swych zresztą pięknych i pouczających doświadczeniach a byłby się przekonał, że są jeszcze oprócz ciał obcych czynniki, które pobudzić mogą otrzewnę do tak zwanego zapalenia plastycznego. Wprawdzie wspomina on jeszcze dodatkowo o zapaleniu otrzewny gnilném, którego następstwem ma być zapalenie zlepne; jeżeli jednak uwzględnimy, że w przypadkach, na które on się powoływa, dostały się do otrzewny istoty gnilne nagle i że wkrótce potém zostały wydalone, to nie mamy dowodu, że tu *peritonitis septica* już się była wyrobiła. Przyszło tylko do gwałtownego podrażnienia otrzewny w rodzaju tych, o których wyżéj wspominałem a następnie do zrostów. Zapalenie bowiem gnilne otrzewny albo już jest a natenczas prowadzi do niechybnéj śmierci, albo go jeszcze nie ma; *tertium non datur.* (C. d. nast.)

II. Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Podał **Dr. Justyn Karliński.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Jak zatém z badań tych wypływa spostrzeżenia Dra Krausa potwierdzone zostają doświadczeniami przezemnie dokonanemi; małe różnice występujące łatwo różnicami w szybkości rozmnażania się grzybków pierwotnych a przez to ich wpływem na wprowadzone grzybki chorobotwórcze wytłumaczyć się dają. Doświadczenia Dra Krausa i moje wyż podane wskazują na to, że wyników badań Wolffhügla i Boltona nie można zużytkować za podstawę teoryi, upatrującéj w wodzie przyczynę powstania i rozwoju epidemij, gdyż przy uwzględnieniu możliwie podobnych naturalnym warunków zachowanie się grzybków chorobotwórczych w wodzie całkiem jest odmienne od zachowania znalezionego przez poprzednich badaczów przy doświadczeniach z wodą zjałowioną i anormalną ciepłotę okazującą. W toku doświadczeń wyż opisanych nasunęło mi się całkiem zresztą uzasadnione pytanie: czy wyniki osiągnięte uprawniają już do pewnych wniosków, mogących poprzeć teoryję lokalistyczną, która, jak to już wspomniałem, wyklucza współudział wody do picia przeznaczonéj przy powstawaniu epidemij.

Ponieważ grzybki pierwotnie wodę zamieszkujące zawarte w kolbce i trzymane przy ciepłocie 8°C. jakkolwiek powolny jednak stały rozwój i rozmnażanie się okazywały, przez co korzystniéj w walce z grzybkami chorobotwórczemi do wody dodanemi były usposobione, zachodziło zatém pytanie, czy rozmnażanie się tychże w przyrodzie, a więc w studni lub źródle, istotnie w tymże stopniu ma miejsce? i czy może obumieranie grzybków chorobotwórczych li tylko z braku dostatecznego materyjału odżywczego dla tak znacznéj na raz ilości grzybków wprowadzonych nie następuje? Zachodziła tedy potrzeba przeprowadzenia bodaj kilku doświadczeń w tym kierunku, doświadczeń nie ograniczających się tylko do badań w pracowni, lecz przedsięwziętych na większą skalę wprost z wodą źródlaną lub studzienną.

Pierwszą część odnośnych poszukiwań przeprowadziłem z wodą studni w zakładzie anatomii patologicznéj w Insbruku, dalszy ciąg zaś z wodą studni w zakładzie higijenicznym w Monachijum.

Studnia zakładu anatomo-patologicznego w Insbruku, wykopana na gruncie gruboziarnistym i przepuszczalnym, zawiera, jak mnie odnośne badania przekonały, średnio 800 litrów wody, stan téj ostatniéj nie okazuje wielkich wahań a ilość wody codziennie z niéj wydobytéj, używanéj jedynie do polewania małego ogródka przy zakładzie istniejącego, mniéj lub więcéj 30—60 litrów dziennie wynosi. 26 badań metodą płytkową pouczyło mnie, że ilość grzybków w wodzie téj znajdujących waha się między 36—41 okazów przy czerpaniu wyż podanéj ilości wody. Skoro w miesiącu wrześniu 1888 studnię tę zamknąłem i przez dni 9 z używania wykluczyłem, przekonałem się, że ilość grzybków nader stosunkowo małemu uległa zwiększeniu, gdyż mimo że termometr w wodzie zanurzony średnią ciepłotę 11·1°C. okazywał, ilość grzybków w 1cm.³, jak się o tém drogą metody płytkowéj kilkanaście razy stosowanéj przekonałem, zaledwie 63—81 wynosiła, zwiększenie przeto wprost przeciwne rezultatom otrzymanym przy téjże saméj wodzie zawartéj w kolbce i trzymanéj przy ciepłocie 8°C. Dodać winienem, że do badania nie użyłem pierwszych strumieni przy czerpaniu otrzymanych, gdyż takowe ewentualnie wodę zastojową z rury studziennéj zawierały, lecz dopiero po energiczném 5—8-minutowém pompowaniu odpowiednie próbki brałem do badania.

Wynik ten zgadzający się zresztą z wynikami otrzymanemi przez W. Hereusa [1]), który również nieznaczne tylko wahania w ilości grzybków wodę zamieszkujących znalazł był, zdaje się wskazywać, że woda studzienna przy nieużywaniu studni wcale nie stagnuje, lecz częstemu z żył wodnych podziemnych odnawianiu zupełnemu ulega, odnawianiu, które przy używaniu studni energiczniejszém, przy nieużywaniu powolniejszém być musi.

Znalazłszy zatém tę niezgodność w rezultatach osiągniętych przy badaniu wody w kolbkach zawartéj a badaniu wody w studni zawartéj, uważałem za konieczne przeprowadzenie doświadczeń nad zachowaniem się grzybków chorobotwórczych w wodzie studziennéj, a ponieważ do doświadczeń tych z niezależnych odemnie przyczyn studni w Insbruku użyć nie mogłem, podjąłem na propozycyję prof. Pettenkofera doświadczenia te, po przesiedleniu się do Monachijum, w tamtejszym zakładzie higijenicznym.

Studnia zakładu higijenicznego, prawie nigdy nie używana, zawiera średnio 650 litrów wody. zbudowaną jest racyjonalnie w gruncie gruboziarnistym przepuszalnym, posiada ściany należycie wycembrowane i stoi w należytéj odległości od kanałów.

Zabierając się do doświadczeń moich przedewszystkiém przez dni 11 badałem codziennie tak skład chemiczny, jak i ilość grzybków wodę zamieszkujących. Badania pierwsze pouczyły mnie, że skład chemiczny nieznacznym tylko ulega wahaniom, i tak woda ta okazywała 764—770 miligramów osadu po odparowaniu 1 litra wody, 2·2—2·4 miligr. po-

[1]) *Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle. Arch. f. klin. Chir. XX*, str. 51.

[1]) *Ueber das Verhalten der Bacterien im Brunnenwasser sowie über reducirende und oxydirende Eigenschaften der Bacterien. Zeitschrift für Hygiene.* T. I, str. 191 i następne.

łączeń organicznych 23—24 miligr. chloru, 76—78miligr. kwasu azotowego w litrze.

Większym wahaniom ulegala za to zawartość co do grzybków wodę tę zamieszkujących, których ilość prawie stale w 7 gatunkach reprezentowane były 730—1120 okazów w 1cm.³. Do oznaczenia ilości téj zastosowano codziennie 8—12 hodowli płytkowych, liczenie powstałych kolonij przedsiębrano z całą możliwą dokładnością, biorąc do hodowli tych rozmaite (0·01—0·3cm.³) ilości wody.

Między gatunkami w wodzie téj znalezionemi przeważały grzybki pożywkę gelatynową z rozmaitą szybkością rozpuszczające, z grzybków pożywki téj nie rozpuszczających szczególniejszą uwagę poświęciłem dwom gatunkom, dość częstym w wodzie, których wejrzenie kolonije prątka durowego w większym lub mniejszym przypominało stopniu. Obydwa tworzyły na pożywce gelatynowéj białe delikatne powłoczki pofałdowane na kształt zwojów powierzchni mózgu, rosły względnie powoli, pierwszy jednak z nich już po dniach 3ch zmieniał barwę otaczającéj pożywki na zieloną, fluoreskował, czego prątek durowy nie czyni, drugi zaś w tymże samym czasie zmieniał barwę partyi centralnéj kolonii swéj na zielonkawo-żółtą, co niekiedy i prątek durowy czynić może. Należało tedy znaleziony grzybek dokładnie od prątka durowego odróżnić, co przy zachowaniu hodowli na płytkach ziemniaczanych nader łatwo uskutecznić się dało, gdyż tu prątek ten tworzył grubą czystą brunatną warstwę, rósł nadto na pożywce nie alkaleskowanéj, a starsze (9—14-dniowe) hodowle nieznośny zapach wydzielały.

Znalezienie grzybków wejrzeniem kolonij podobnych prątkowi durowemu zmuszało do nadmiernéj ostrożności przy dalszych doświadczeniach z rzeczywistym prątkiem durowym, a błędy uniknięte być mogły li tylko przez dokładną mikroskopową kontrolę płytek i liczne przeszczepianie podejrzanych kolonij na świeżą pożywkę.

Przy doświadczeniach, które poniżéj opisać zamierzam, każdym razem porównywano wejrzenie znalezionych kolonij z hodowlami płytkowemi równocześnie z rzeczywistym prątkiem durowym przedsiębranemi, liczenie znalezionych kolonij uskuteczniono dnia 3go po wylaniu płytek, przyczém wyniki liczebne moje stale kontrolowanemi były przez powtórne liczenie ze strony prof. Emmericha i innych równocześnie pracujących kolegów. Równocześnie z badaniem bakteryjologiczném uskuteczniono codziennie badanie chemiczne wody, oznaczenie stanu ciepłoty i zawartości studni.

Doświadczenia moje polegały na wprowadzeniu wprost do studni znacznéj i rozmaitéj ilości grzybków durowych, i obserwacyi o ile takowe konkurencyję z grzybkami wodę zamieszkującemi wytrzymują i jak długo w wodzie studziennéj wykazanemi być mogą.

W tym celu dodano do wody studziennéj przy doświadczeniu ponowném *5* litrów pożywki rosołowéj, w któréj znajdowała się zmieniona ilość prątków durowych, które w pożywce wśród ciepłoty termostatu 32°C. przez dni 4 wzrosły. Kilka próbek z pożywki téj użytych do hodowli płytkowych pouczyło mnie, że w 1cm.³ pożywki przeszło 72000000 okazów prątków durowych znajdowało się, co przez odpowiednie rozcieńczenie i użycie do obliczeń dopiero tych płytek, które przy zastósowaniu 0·0001 cm.³ pierwotnéj pożywki wylane zostały, stwierdzoném zostało. Owe 5 litrów hodowli rosołowéj prątka durowego spuszczono w szklaném naczyniu do studni, tu przez przechylenie wlano do wody i rozmięszawszy za pomocą drążka, pozostawiono ½ godziny w spokoju. Próbki, jakie po czasie tym wyjęto i do hodowli płytkowych zużyto, zawierały niezmierną ilość prątków durowych, tak że w ten sposób w 1cm.³ wody studziennéj 500000 kolonij prątków tych wykazano, grzybki pierwotnie wodę zamieszkujące wcale na płytkach tych reprezentowanemi nie były, lub co najwyżéj w ruchoméj ilości okazów pokazały się. Płytki te mimo 3-tygodniowego pozostawania w ciepłocie pokojowéj nigdy nie okazywały zmian w zabarwieniu lub zmianie konsystencyi podłoża, a jak to na licznych przeszczepionych próbkach stwierdzono, otrzymane kolonije były li tylko kolonijami prątka durowego. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Anton i Fütterer: **Poszukiwania nad durem brzusznym.**

Autorowie znaleźli w przypadku duru brzusznego, któremu zapalenie ślinianki przyusznéj towarzyszyło, w cieczy obrzękowéj tegoż gruczołu obok grzybków ropotwórczych (*Staphylococcus pyogenes aureus* i *Streptococcus pyogenes*) charakterystyczne prątki durowe, których w miąższu gruczołu nie było. W reszcie narządów wyjąwszy gruczoły zaotrzewnowe znaleźli obok prątków durowych grzybki ropotwórcze, przypuszczają tedy w danym przypadku zakażenie mięszane, którego punktem wyjścia był przewód Stenona, w którym jak i śliniance bardzo wiele grzybków roporodnych się znachodziło. W dwu innych przypadkach udało się autorom prątki durowe, obok zwykłych miejsc, w których znachodzić się je zwykło, w hodowlach z miąższu płuc i treści woreczka żółciowego wykazać, co zdaniem autorów za wydaleniem grzybka tą drogą ma przemawiać. W obrzękłych a nie owrzodziałych gruczołach błony śluzowéj jelit wykazanie prątków durowych się nie udało. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 19).

Dr. Karliński.

(*A. B.*) Strauss przypomina na posiedzeniu *Société de biologie* w Paryżu (24 listopada r. z.), że w r. 1880 Laveran znalazł we krwi chorych na zimnicę pasorzyty, które uważał za chorobotwórcze. Wprawdzie z początku powątpiewano w prawdziwość odkrycia Laverana, dotąd jednak różni badacze we Włoszech, Ameryce, Chinach te same pasorzyty stwierdzali. W ostatnich czasach L, okazał Straussowi preparaty ze krwi żołnierza, który powrócił z Tonkinu dotknięty zimnicą. W tych preparatach mógł S. stwierdzić dokładnie istnienie „hematozoaryjów“, posiadających ogonki, opatrzone bardzo szybkiemi i żywemi ruchami, a bez wątpienia cechujących zimnicę. Zdaniem mowcy odkrycie Laverana jest rzeczywiste i przynosi zaszczyt autorowi i nauce francuskiéj. (*Le Progrès médical* 1888, Nr. 18).

Patologija.

Prof. Zahn (Genewa): **Nowy przypadek wrzodu okrągłego pochwy.**

Pod tym tytułem opisuje autor przypadek bardzo podobny do tego, który prof. Browicz ogłosił w Przegl. Lek. r. 1887 w Nrze 2 pod mianem „wrzodów żrących Clarka“. Taki sam wrzód okrągły znalazł już raz autor w r. 1883 i opisał go w archiwie Virchowa t. 95. Obecny tyczy się kobiety 51 lat mającéj, zmarłéj w listopadzie r. 1887. Na tylnéj ścianie pochwy, mało zresztą zmienionéj, na 5 mm. pod wargą tylną macicy znachodziła się brunatna plama kształtu owalnego, 20 mm. długa, a 10 mm. szeroka. Powierzchnia téj plamy rozmiękła i zagłębiona, odgraniczona ostrym brzegiem od reszty błony śluzowéj; na prawo od linii środkowéj i na przedniéj ścianie pochwy liczne drobne plamki tego samego charakteru. Między macicą a odbytnicą istniały silne zrosty. Tętnice maciczne i pochwowe okazały ściany wprawdzie zgrubiałe, jednakże wszystkie były drożne. Badanie drobnowidowe wykazało, że na ścianie pochwy w miejscu opisanéj plamy znajduje się ubytek przybłonka, ku środkowi coraz głębszy, połączony z brakiem błony śluzowéj a pokryty masą ziarnistą brunatną, barwikiem krwi. Taki sam barwik zawierała także tkanka sąsiednia, a zawierały go także ko-

mórki do ciałek białych podobne, które w wielkiéj ilości tu były nagromadzone. Nadto tuż obok owrzodzenia opisanego widoczne były małe żyłki porozszerzane, napełnione obficie ciałkami czerwonemi krwi. Tętniczek zatkanych nie znaleziono. Na podstawie wyniku badania drobnowidowego przypuszcza Z., że wrzody okrągłe na ścianie pochwy powstają w skutek wynaczynień żylnych do błony śluzowéj, pociągających za sobą nekrozę téjże błony. Wynaczynienie zaś samo mogło w danym przypadku przyjść do skutku tak wskutek zboczeń w krążeniu miejscowém, jakotéż i ogólném. Miejscowo odpływ krwi żylnéj mógł być upośledzony przez liczne zrosty okołomaciczne, odległą przyczyną zastoju były zmiany znalezione na zastawce dwudzielnéj i gruźlica płuc. (*Virchowa Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.* Tom 115. Zesz. 1, r. 1889). *A. B.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Leyden (Berlin): **O chorobach serca w przebiegu wiądu rdzenia.**

Równoczesne wystąpienie u jednéj i téj saméj osoby wiądu rdzenia i choroby serca nie jest wcale częstém. Dopiero nie dawno zwrócono na ten szczegół uwagę. W r. 1877 zwrócili nań uwagę Berger i Rosenbach ogłaszając 7 przypadków, w których znaleźli wiąd rdzenia obok wybitnych objawów niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Ponieważ u chorych tych nie mogli wykazać żadnéj przyczyny, wprowadzili ją w pewien związek z samym wiądem rdzenia, przypominając przez to analogiczne powikłania wnętrzościowe tak często w przebiegu téj choroby występujące, a znane pod nazwą „*crises*“ (Charcot). Że zdaniem ich zgadza się Grödel (patrz sprawozd. „Przegl. Lek.“, 1888) i obecnie Leyden, który przypuszcza, że napad taki sercowy podobny bardzo do dusznicy serca powstaje drogą zadrażnienia nerwów czuciowych i współczulnego, z czego następowo rozwija się wada serca jako wyraz zaburzenia w odżywianiu, podobnie jak pod wpływem zaburzeń w odżywianiu rozwijają się w przebiegu wiądu rdzenia: choroby stawów, wrzód drążący stopy (*mal perforant du pied*), wysypki różnego rodzaju itd, L. czyni uwagę, że niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty nie jest jedyną chorobą serca w przebiegu wiądu, bo francuzi donoszą i o innych, szczególnie o niedomykalności zastawki dwudzielnéj. Jeden przypadek wiądu rdzenia, w przebiegu którego wystąpiła niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty, sekcyjonował przypadkowo prof. L. Niewykazanie zwyczajnych anatomicznych przyczyn wady serca w tym przypadku byłoby niewątpliwie utrwaliło zapatrywanie Rosenbacha i Bergera, tymczasem znaleziono miażdżycę aorty, dla któréj zaburzeń w odżywianiu szukać nie trzeba. Wprawdzie pociesza L. autorów powyższego zapatrywania, że jeden przypadek nie wiele jeszcze dowodzi, ale gotów z kilkoma jeszcze innemi przyszlemi w zupełności ich obydwu i jego własne dawniejsze zapatrywanie obalić. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 45). *H. K.*

Okulistyka.

Dr. Gessner: **Enophthalmus traumaticus.**

Autor miał sposobność obserwować w klinice Niedena 3 tego rodzaju rzadkie przypadki, powstałe skutkiem tępego urazu w okolicy oczodołu. Głębszemu ułożeniu gałki odpowiadało widoczne zwężenie i skrócenie szpary powiekowéj, co G. odnosi do zmniejszenia się naporu gałki na powieki. Mięsień dźwigacz powieki górnéj w stanie niedowładu, ruchomość gałki nieznacznie i jednakowo we wszystkich kierunkach upośledzona. Bystrość wzroku nie zmniejszona. Ponieważ we wszystkich 3 przypadkach napotkał autor bliznę w częściach miękkich sięgającą do kości, przypuszcza, że rany tego rodzaju dając powód do zapalenia okostny oczodołu i tkanki komórkowéj, przyczyniają się do bliznowatego skurczenia się téjże tkanki, co mogłoby w następstwie sprowadzić wyżéj opisane objawy. (*Archiv f. Augenheilkunde* t. XVIII z. III). *Dr. Sroczyński.*

Thomsen (Berlin) przedstawił na posiedzeniu tamtejszego towarzystwa specyjalistów dla chorób nerwowych i psychijatryi chorego dotkniętego **dziedzicznem pozagałkowém zapaleniem nerwu wzrokowego.** Choroba zaczęła się już w r. 1870 i utrzymuje się stale; istnieje mianowicie sinawo białe zabarwienie brodawki, środkowe mroczki (*scotoma*), widzenie obwodowe dobre, ślepota na barwy czerwone i zielone. Na tę samą chorobę cierpią bracia jego i 2 bracia matki. Od niedawna rozwinęły się u niego objawy chorobowe umysłowe, lęka się, uważa się za nieżywego, chciał już parę razy popełnić samobójstwo. W jakim związku mogą pozostawać te objawy choroby umysłowéj z 17 lat już utrzymującą się chorobą nerwu wzrokowego, czy nie ma się do czynienia z poczynającém się porażeniem postępowém, nie można na razie rozstrzygnąć. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 13). *H. K.*

Dentystyka.

Nicolai (Stuttgart): **Utrudnione wykłuwanie się zęba mądrości przyczyną 18 miesięcy trwającéj padaczki i nerwobólów.**

Kobieta 20-letnia; choroba rozpoczęła się od silnych nerwobólów głowy po str. pr., poczém wystąpiła głuchota po téj stronie, a wreszcie napady hystero-epileptyczne. Leczenie prądem elektrycznym, bromkiem potasu, pobyt w okolicach górzystych i nadmorskich, oraz inne zabiegi lecznicze nie sprowadzały ulgi. Dopiero przypadek naprowadził na wykrycie właściwego powodu choroby. N. zakładając gumę na ząb trzonowy 2 dolny po stronie prawéj, który na swéj tylnéj (odśrodkowéj) ścianie posiadał znaczny próchnicowy ubytek, ucisnął klamrą sąsiedni ząb mądrości, w téj chwili wystąpił u choréj napad hystero-epileptyczny. To samo powtórzyło się w trzy dni podczas ponownego zakładania klamry. Opierając się na tych spostrzeżeniach, niemniéj uwzględniając i tę okoliczność, iż napady owe wystąpiły prawdopodobnie równocześnie z wykłuwaniem się zęba mądrości, N. wyjął ząb, przyczém chora dostała nadzwyczaj silnego napadu, który we dwa dni z daleko słabszém nasileniem, ale już po raz ostatni, się powtórzył. Równocześnie ustąpiły nerwobóle głowy i głuchota. Utrudnione wykluwanie się zęba mądrości, który się zupełnie skośnie ku przodowi nachylił, było w tym przypadku nietylko powodem ustawicznego drażnienia n. troistego, ale sprowadziło także odruchowe zadrażnienie n. słuchowego po téjże saméj stronie oraz ośrodków mózgowych. (*Deutsch. Monatsch. f. Zahnheilk.* 1889, Zesz. I). *Dr. Szymkiewicz.*

Herrmann (Hala n. S.): **Dwadzieścia lat trwająca ciężka nerwica, usunięta przez wyjęcie zęba mądrości.**

Niniejszy przypadek bardzo podobny do poprzedniego, różni się daleko dłuższém trwaniem objawów nerwowych, w następstwie czego rozwijać się poczęła choroba umysłowa. U mężczyzny obecnie 47 lat liczącego wystąpiły w 27 roku życia w prawéj połowie czoła silne bóle, które zwolna się rozszerzyły na całą prawą okolicę twarzy, szczęki dolnéj i karku. Chory leczony był przez 20 lat rozmaitemi sposobami bez żadnego skutku. Wreszcie wystąpiły objawy mózgowe, najpierw w postaci silnego podrażnienia i zwidywań, a następnie zadumy. Wreszcie zwrócono uwagę na prawy dolny ząb mądrości, (który podobnie jak w poprzednim przypadku) skośnie ku przodowi wyrastał. Po usnnięciu tego zęba w narkozie chloroformowéj ustąpiły zwolna wszelkie nerwowe i mózgowe zboczenia. (Tamże). *Dr. Szymkiewicz.*

Choroby kobiece i położnictwo.

Prof. G. Braun (Wiedeń): **O nawykowém wynicowaniu macicy w trzecim okresie porodowym.**

Najniższym stopniem wynicowania macicy jest dołkowate zagłębienie jej dna; przy wynicowaniu niezupełném dno macicy wpuklone do jéj jamy dosięga ujścia zewnętrznego; o zupełném wynicowaniu mówi się wtedy, gdy ściany jamy macicy dotykają ścian pochwy a dno sięga do szpary sromowéj; najwyższym stopniem téj zmiany jest wynicowanie z wypadnięciem, gdy macica i pochwa wynicowane znajdują się przed częściami rodnemi zewnętrznemi. Według Heuniga sprawa ta w trzecim okresie porodowym powstać może dobrowolnie pomimo, że rodząca zachowuje się spokojnie, jak również lekarz lub położnica przy porodzie obecni, i to powstaje zazwyczaj w obec niedowładu dna macicy, zwłaszcza gdy się doń przyczepia łożysko a wielka i szeroka szyja macicy nie stawia oporu.

Prof. K. Braun uważa za przyczynę tej zmiany szybkie napełnianie się krwią po porodzie wiotkiéj macicy w obec działania tłoczni brzusznéj, jak to ma miejsce przy kaszlu, wymiotach lub parciu.

Zdawałoby się rzeczą dziwną mówić o nawykowém powstawaniu cierpienia, które jako takie jest bądźcobądź rzadkie, jak o tém świadczą nieliczne tylko przypadki spostrzegane przez powagi w tym względzie.

Prof. K. Braun widział tylko jeden przypadek i to w praktyce prywatnéj, mimo swéj trzydziestoletniéj działalności profesorskiéj. Prof. Breisky widział jeden przypadek. Mimo tego jednak, jeżeli można mówić o nawykowém poronieniu u osoby, która roni dwa razy z rzędu, to to samo twierdzenie odnieść można do wynicowania, gdy ta zmiana powtarza się u jednéj osoby w dwóch po sobie następujących porodach. Autor szczęśliwszy pod tym względem od powyżéj wymienionych miał w praktyce w ogóle pięć przypadków. Najciekawsze są dwa ostatnie w artykule opisane przypadki, tyczące się jednéj i téj saméj rodzącej, które dały powód do omawiania możności nawykowego wynicowania macicy.

W roku 1882 zgłosiła się do kliniki osoba l. 20 licząca szwaczka, pierwiastka. Pęcherz płodowy pękł przy ujściu rozwartém na wielkość talara, a po 6½ godzinach urodziła dziecko donoszone. Po porodzie, gdy rodząca w celu zmienienia podkładu uniosła nieco miednicę, okazał się w szparze sromowéj pęcherz wytworzony przez wynicowane błony płodowe, krwią napełniony; po jego pęknięciu powstało nagle wynicowanie macicy, do któréj dna przyczepione było jeszcze częściowo łożysko. Podczas odprowadzenia odklejono takowe a przez przesuwanie bocznéj ściany macicy przez kurczącą się od czasu do czasu szyjkę usunięto wynicowanie. Rękę odprowadzającą pozostawiono w jamie macicy a drugą wykonywano miesienie przez powłoki brzuszne, podano okład lodowy na brzuch i sporysz wewnętrznie. Położnica straciła dosyć krwi, ztąd téż powstała niedokrewność, która wymagała założenia na odnogi opasek Esmarcha. W połogu powstał zakrzep w żyłach udowych, po kilkunastu dniach róża na sromie i odnogach dolnych. Pomimo tych groźnych powikłań położnica opuściła klinikę po czterech miesiącach i mogła się oddać pracy zawodowéj. Powstanie wynicowania tłumaczy autor w tym przypadku nagłém pęknięciem owego pęcherza krwią napełnionego, poczém powstał znaczny niedowład macicy, którego następstwem było wynicowanie. Ta sama osoba urodziła w lutym 1887 w klinice dziecko donoszone. Po porodzie macica była miękka i duża a przytém było krwawienie. Gdy pomimo nacierania dna łożysko nie wyszło a nadto gdy zauważono, iż w dnie tworzy się dołkowate zagłębienie, przystąpiono do ręcznego wydobycia łożyska; przytém okazało się, że ono prawie w całości leży w pochwie, a małą tylko częścią w stronie prawéj złączone jest z wynicowaném częściowo dnem macicy, zresztą bardzo miękkiéj. Gdy operujący wysuwał rękę z macicy, któréj dno w części wynicowane wprzód przez wyprostowanie palców odprowadził, a przed nią odklejone łożysko, dostało się natychmiast powietrze do wnętrza, macica równocześnie znikła z pod ręki nad spojeniem łonowém a w pochwie można było wybadać guz odpowiadający wynicowanéj macicy. Przyczyną wynicowania w tym razie było ujemne ciśnienie, spowodowane wysunięciem ręki z macicy w obec niedowładu téjże. Macicę natychmiast odprowadzono. Przebieg połogu prawidłowy. Co się tyczy trzech innych przypadków, to w jednym przyczyną cierpienia był kaszel silny, w drugim naciągnięcie pępowiny podczas porodu ulicznego w pozycyi stojącéj; w trzecim zaś działanie silniejsze tłoczni brzusznéj w obec niedowładu macicy.

Uwzględniając wszystkie przypadki, to cztery razy cierpienie powstało u wieloródek, raz zaś u pierwiastki, we wszystkich przypadkach macica dała się odprowadzić zaraz a to przez ucisk wywarty na dno macicy wynicowanéj jedną lub dwiema rękami w pięść złożonemi. Połóg dwa razy przebiegał prawidłowo, w dwóch przypadkach była mniejsza lub większa gorączka; raz nastąpiła śmierć w 10 godzin po porodzie w skutek niedokrewności. Aby zapobiedz temu powikłaniu, które mimo pomocy szybkiéj smutno skończyć się może, musi położnik w trzecim okresie porodowym starać się zapobiegać ruchom wymiotnym i kaszlowi, zabronić bezwarunkowo rodzącéj podnosić się lub unosić o własnéj sile, a położnym zwracać zawsze uwagę, aby wykonywając zabiegi w zakres ich działania wchodzące, tego samego pilnie przestrzegały. (*Wien. klin. Woch.*, 1889, Nr. 1).

Dr. Cercha.

M. Runge: **Leczenie gorączki połogowéj.**

Miejscowe leczenie i podawanie wewnętrznych środków przeciwgorączkowych w przebiegu gorączki połogowéj autor odrzuca zupełnie i poleca jedynie używanie alkoholu i kąpieli letnich. Alkoholu widocznie autor nie skąpi; i tak zużyła jedna chora w przeciągu 7 dni 10½ flaszek ciężkiego wina, mianowicie wina Porto i Madeiry i 2 litry koniaku, inna w tym samym czasie 1½ litra czerwonego wina i 1080 gr. koniaku. Chore znoszą bardzo dobrze alkohol, pod wpływem którego chęć do jadła się podwyższa, liczba tętna spada o 10, 20 do 30 uderzeń, oddychanie staje się powolniejszém i głębszém, przytomność utrzymuje się, sen powraca. Obok tego stosuje autor kąpiele o 22—24° R. przez 3—5 najwyżéj 7—8 min., przeciętna ilość kąpieli 4 dziennie, czasem wystarcza 1—2, a w cięższych przypadkach dochodzi do 9. Wstręt do jadła, bezsenność, zwidywania i śpiączka są wskazaniami do kąpieli. Przeciwskazaném jestto leczenie w przypadkach, gdzie przy silném zapaleniu otrzewnéj istnieją nieustanne i niedające się uśmierzyć wymioty.

Materyjał do opisanego leczenia stanowiło 20 przypadków gorączki połogowéj, z tych 5 z przebiegiem śmiertelnym, 4 jednak przypadki, jak autor podaje, przedstawiały przeciwskazanie w podaném znaczeniu. Wyniki tego leczenia są świetnemi w porównaniu z wynikami leczenia miejscowego, przy którém w małéj epidemii w Charité przez autora spostrzeganéj na 17 chorych 16 zmarło. (*Deutsche med. Woch.* 1889, Nr 1). *Dr. W. Momidłowski.*

Dr. J. Mitropolski: **Zastosowanie wodnika chloralu w chorobach brodawek sutkowych u kobiet karmiących.**

U kobiet niedokrewnych i histerycznych występują często podczas karmienia uporczywe choroby brodawek sutkowych. Na brodawkach i na obwódkach (ale nigdy daléj) pojawiają się pęcherzyki wypełnione cieczą. W krótkim przeciągu czasu, bo do 24 godzin, pęcherzyki te pękają i pozostawiają przeczosy, które nie drażnione goją się same w przeciągu dni kilku. W razie jednak dalszego karmienia, sprawiającego wówczas straszne bóle sutków, zamieniają się miejsca, drażnione wargami i dziąsłami dziecka na powierzchnię wilgotną, pokrytą szczelinami krwawiącemi. Ponieważ w obec zwyczajnych środków leczenia choroba prawie nigdy nie ustępowała, stawało się w takich przypadkach nieodzowném odłączenie dziecka. Autor używając wodnika chloralu zapobiegał temu i umożliwiał dalsze karmienie. Środek ten nie powstrzymywał powstawania pęcherzyków, a nawet tworzenia się małych szczelinek, ale czynił je niebolesnemi i prędko je goił. Dr. Mitropolski przepisywał rozczyn 2·0 gr. na 100 wody, który w miarę potrzeby rozcieńczał wodą i przykładał z tego okłady na brodawki. Na dzieci nie wywierało powyższe leczenie żadnego wpływu. (*Żurnal akuszerstwa i żenskich boleżniej.* T. II. Nr. 12). *A. W.*

Toksykologija.

A. G. R. Foulerton: **Śmiertelne otrucie fenolem.**

G. D., l. 36 stróż nocny wypił z butelki dość znaczną ilość płynu ciemnego (*ac. carb. crudum*), zawierającego 90% fenolu, sądząc, że w butelce jest zimna herbata. Spostrzegłszy, że się pomylił, pobiegł natychmiast do stojącego niedaleko towarzysza i opowiedział, co się stało. Miał się przy tém zachowywać jak człowiek pijany. Wkrótce (w 25 minut po wypiciu) przyprowadzono go do szpitala, gdzie natychmiast stracił przytomność. Podano siarkan cynkowy wewnętrznie i wstrzyknięto apomorfinę podskórnie, ale bez skutku. Zastosowano więc pompę żołądkową i wydalono z żołądka płyn mleczny. Wkrótce zauważono zapad, twarz bladą, źrenice rozszerzone nie oddziaływały na światło, oddech charczący, tętno szybkie, słabe. Ponieważ oddechy stawały się coraz

mozolniejsze, zastosowano sztuczne oddychanie i wstrzyknięto podskórnie eter. W 20 minut po przybyciu do szpitala chory zakończył życie.

Oględziny pośmiertne, dokonane w 9 godzin po śmierci, wykazały: stężenie pośmiertne niezwykle wybitne. Błona śluzowa ust szaro-biała, błona śluzowa przełyku nieco brunatna z wyraźnemi pręgami podłużnemi, błona śluzowa żołądka barwy popielatéj, zniszczona na całą grubość najwyraźniéj w części wpustowéj. W dwunastnicy również ślady działania trucizny.

Do téj historyi choroby dołącza Foul. kilka uwag. Odpiera przedewszystkiém zarzut, jakoby wprowadzanie cewnika do żołądka było przeciwwskazane w przypadkach otrucia jakąś istotą żrącą. Zdaniem jego pęka ściana żołądka równie łatwo w skutek skurczu, wywołanego przez lek wymiotny, jak przez wprowadzenie rurki gumowéj i twierdzi, że w przypadkach otrucia należy nasamprzód podać lek wymiotny dla wydalenia części stałych z żołądka a potem dopiero usunąć resztki płynu pompą żołądkową. Objawy otrucia fenolem, dopiero co opisane, są najpodobniejsze do objawów otrucia benzyną, tak że Foul. sądzi, że obie te trucizny należą do jednéj grupy: trucizn upajających. (*The Lancet* 1889, Nr. III). *A. R.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 10 listopada 1888 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 23. Kol. przewodniczący wita nowego członka kol. Świątkiewicza.

Kol. Barącz okazał duży nowotwór *fibrosarcoma*, wyłuszczony z okolicy klatki piersiowéj.

Kol. Błotnicki odczytał „Przyczynek do kazuistyki przedarcia macicy“ i okazał dotyczącą macicę jakoteż część otrzewny gęsto zasianą złogami barwikowemi. (Rzecz ta będzie w całości umieszczona w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi zabiera głos kol. Festenburg, który tę chorą widział, nim poszła do szpitala. Założenie kleszczy nie odniosło pożądanego skutku. Przy téj sposobności wspomina o obserwowanym przez się przypadku przedarcia szyji macicznéj, w którym rana się zagoiła; chora ta jednak umarła nie długo potem na zapalenie płuc. — Kol. Stroynowski wspomina o złudzeniu, jakie mieć można przy poznaniu przedarcia macicy w razie, gdy ściany macicy są tak cieńkie, że gdy się jest ręką w macicy, wydaje się, jakoby nic więcéj nie było między ścianą brzuszną a palcem. Przytacza następnie znane z literatury szczęśliwie zakończone przypadki przedarcia macicy. — Kol. Sielski sądzi, że tutaj musi zachodzić pomyłka w rozpoznaniu i wątpi, żeby w tym przypadku było istotnie przedarcie w dnie macicy. Nie może bowiem sobie wyobrazić, żeby mając w ręku preparat anatomiczny z 18 dnia po przedarciu, mogła zachodzić wątpliwość i sprzeczność zdań, czy było przedarcie czy też nie. Gdyby było przedarcie, to musielibyśmy koniecznie w tém miejscu, a więc w dnie macicy widzieć bliznę. — Kol. Czyżewicz podaje, że zwykle na tak zanikowych macicach mikroskopowo trudno spostrzedz bliznę, mikroskop tylko w tym razie może wykazać nagromadzoną w jedném miejscu tkankę łączną w większéj ilości. A i tak jeszcze pewności przez to nie osiąga się, gdyż miąższ macicy wśród inwolucyi i zaniku może uledz różnym zmianom, dzięki którym w pewnych miejscach może się tkanka łączna nagromadzić w znacznéj ilości. W tym przypadku rozpoznanie przedarcia macicy nie ulegało żadnéj wątpliwości; złudzenia przy rozpoznaniu nie było, gdyż stwierdził przedarcie macicy już po odejściu płodu, kiedy ściany macicy nie są więcéj cienkie; nie było też pomyłki, którą zarzuca prelegentowi kol. Sielski, gdyż najwyraźniéj czuł, jak palec z jamy macicy przechodził przez otwór do jamy brzusznéj. Przy téj sposobności wspomina kol. Czyżewicz o przypadku podobnym z kliniki prof. Madurowicza, gdzie łożysko niewydobyte gdzieś ugrzęzło w jamie brzusznéj, a chora uzdrowiona wyszła z kliniki. Że w przypadku przytoczonym przez kol. Błotnickiego blizny nie widać, dziwić się nie można, gdyż macica jest wybitnie zanikowa, jakto widoczna z pomiarów podanych. — Kol. Pisek stwierdza, iż w tym przypadku anatom patologiczny nie może rozpoznać *ruptura uteri*, chociażby ona rzeczywiście było za życia.

Wreszcie kol. Rieger opowiada o przypadku *herpes zoster* na ramieniu i klatce piersiowéj u mężczyzny zdrowego, 24 lat liczącego. Przyczyną téj choroby było w tym razie drażnienie mechaniczne, wywołane uderzeniem karabina podczas ćwiczeń wojskowych. *Dr. Wiczkowski.*

Posiedzenie naukowe z dnia 1 grudnia 1888 r.

Przewodniczący Dr. Ziembicki Obecnych członków 30.

Kol. Barącz przedstawił chorą, u któréj przed miesiącem wyłuszczył znacznych rozmiarów włókniak, wychodzący z klatki piersiowéj. Rana zagoiła się *per primam*, ruchy odnogi górnéj prawéj nie są wcale upośledzone pomimo całkowitego przecięcia mięśni: *cucullaris*, *latissimus dorsi*, *rhomboidei* i *levator scapulae.*

Dyskusyję nad wykładem kol. Bylickiego odłożono do następnego posiedzenia.

Kol. Czyrniański odczytał rzecz o mięsieniu brzucha jako środku przeciw atonii jelit. Prelegent, zaznaczywszy na wstępie stosunki anatomo-histologiczne jelit, opisał przyczyny niedomogi jelitowéj, poddając krytyce środki przeciw niéj zastosowane, przyczém podniósł mięsienie jako dzielny środek i przytoczył sposoby wykonywania mięsienia.

W dyskusyi zabrał głos kol. Pisek, który sprzeciwia się twierdzeniu kol. Czyrniańskiego, jakoby zaparcie stolca sprowadzało zmiany zapalne w zgięciach kiszki grubéj; nigdy bowiem nie spostrzegł takich zmian na trupie, mimo, że za niemi śledził. — Kol. Bylicki twierdzi, iż zatkanie kalowe może wywołać zapalenie w otoczeniu, opierając się na zdaniu Schultzego, który przypisuje zatwardzenie w pewnych razach powstawaniu *perimetritis perstica.* Gusserow zaś uważa difuzyję gazów jako możebną przyczynę zropienia torbieli.

Kol. Prus przedstawił maszynę statyczną Lewandowskiego, jéj urządzenie i sposób zastosowania, zastrzegając sobie głos na późniéj co do jéj pożytku i wskazań do użycia w praktyce lekarskiéj.

W dyskusyi przemawiali koll. Jendel, Stroynowski i Gluziński L.

Wreszcie wybrano 5 członków do komisyi matki a mianowicie: kol. Biesiadeckiego, Czyżewicza, Bylickiego, Kadyja i Tatarczucha. *Dr. Wiczkowski.*

V. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Na tém urywamy nasze studyja historyczno-patologiczne i przechodzimy do chwili obecnéj; tu już daleko dokładniejszy posiadamy materyjał; niektóre z tablic genealogicznych zasługują na zaznaczenie, jako wykazujące z pewną prawie ścisłością, smutne następstwa dziedziczności podwójnéj.

Pierwsze spostrzeżenie. Składa się na nie cztery pokolenia; pierwsze: mąż spadkobierca obłąkania w prostéj linii (brat jego stryjeczny, głośny swojego czasu autor, dotknięty był szaleństwem gwałtowném), żona ulega zboczeniu umysłowemu w wieku sędziwym, po okwitnięciu (w okresie ustania czyszczeń miesięcznych). Drugie pokolenie reprezentuje czterech synów zrodzonych z tego małżeństwa; wszyscy pokończyli wyższe zakłady naukowe, zajmowali wybitne stanowiska pośród ziemian miejscowych; władze ich umysłowe były zawsze w porządku. Potomstwo z tych czterech synów stanowi trzecie pokolenie. Pierwszy nie zostawił go wcale; drugi — dwóch synów i dwie córki, los ich taki: najstarszy umarł młodzieniaszkiem (płonica z przypadłościami mózgowemi), drugi po nim, opilca, bezdzietny, starsza córka w panieńskim stanie, młodsza wyszła za mąż, ma potomstwo, po kądzieli tylko ale zdrowe zupełnie. Trzeci syn z owego małżeństwa, dotkniętego zboczeniem umysłowém zrodzony, stanął do życia wspólnego z kobietą, która mu gruźlicę wniosła w posagu, dzieci mieli czworo: najstarszy syn psychopata, dożył lat 42, zostawił tylko dwie córki, drugi syn neurastenik, w dziecięctwie *hydrocephalus chr.* dożył lat 36 w kawalerskim stanie, trzeci życie sobie odebrał w 22 roku, nareszcie córka, stara panna, uczona, histeryczka, znana z dziwactw powszechnie. Nareszcie ostatni z synów owego małżeństwa, reprezentującego protoplastów,

ożenił się z córką głuchoniemego, potomstwo jego: dwóch synów, obaj szaleńcy, w okresie bardzo wczesnym życia, córka ograniczonych do wysokiego stopnia zdolności, a że wyszła za człowieka także posiadającego obłąkanych w rodzie, (wuj, przestankująca zaduma, brat cioteczny samobójca, siostrzeniec neurastenik, ztąd już w potomstwie — pokolenie czwarte — odbiły się wyraźne skutki tego: najstarszy syn idijota, inni z bardzo rozwiniętym temparamentem nerwowym.

Drugie spostrzeżenie, może jeszcze więcéj pouczające, bo dwa z kolei głośne rody po mieczu pochłania, zostawiając w trzecim tylko potomstwo po kądzieli, razem z dostatkiem otrzymujące w spadku i usposobienie do zboczeń umysłowych. Pierwszy ród już w XV w. występuje na kresach, wiernie służąc rzeczypospolitéj, w połowie zaś ubiegłego daje tylko obłąkańców; siła udzielania się choroby potęguje się od chwili, kiedy jeden z protoplastów pojął za żonę kobietę z dziedzicznością psychijatryczną. Z tego stadla pochodził syn, idijota, zmarły w kawalerskim stanie i dwie córki, dotknięte obłąkaniem ogólném (*mania generalis*), obydwie jednak znalazły mężów; starszéj syn jedyny, dotknięty zniedołężnieniem umysłu, umarł kawalerem; młodsza miała liczniejsze potomstwo, bo trzech synów i córkę: z nich dwóch zakończyło życie w zakładzie, poświęconym leczeniu obłąkania, trzeci dobiegł późnego wieku, opuścił kraj dobrowolnie, umarł na obczyźnie, prawie w nędzy, choć ogromny posiadał majątek, do którego nigdy się nie dowiadywał, nie żenił się wcale; nareszcie siostra owych trzech braci, upośledzona umysłowo, zostawiła dwie córki i dwoje wnuków, płci żeńskiéj. Pięć więc pokoleń, na które się składa dwadzieścia osób, wydały obłąkanych około 55%, jestto zbyt rzadkie zjawisko i dlatego na zaznaczenie zasługuje.

Postrzeżenie trzecie stanowi jakby wyjątek, nie daje się bowiem podporządkować pod prawa, dla dziedziczności podwójnéj przysługujące, choć w wynikach z nią utożsamione. Historyja krótka, obejmuje tylko dwa pokolenia: rodzice zupełnie zdrowi; nie pamiętają, aby w wstępujących pokoleniach mieli nawet powinowatych obłąkanych; ona pochodziła z rodziny suchotniczéj, całe jéj rodzeństwo na gruźlicę wymarło, on ubogi oficyjalista, trochę fanatyk pod względem religijnym, do tego stopnia, że nieszczęścia zwalające się na potomstwo przypisywał nie dotrzymaniu ślubu, uczynionego przez rodziców, którzy go do duchownego przeznaczyli stanu, zresztą człowiek pracowity, wysoce sumienny, ale gwałtowny i w stosunkach z otoczeniem surowy. Otoczenie zaś to składało się z pięciu synów i córki, ostatnia umarła w skutek przypadkowego otrucia, bracia jéj, najstarszy ukończył szkoły gimnazyjalne, oddany przez rodzica do seminaryjum duchownego, wystąpił z niego, w rok potém odebrał sobie życie przez powieszenie; najmłodszy, studijował prawo, zdolności zdumiewających, docent w jednym z uniwersytetów rosyjskich, w wigilię wyjazdu za granicę dla kształcenia się w obranym zawodzie odebrał sobie życie przez powieszenie; obaj kawalerowie. Trzeci brat żonaty, bezdzietny, wykwalifikowany prawnik, opilca. Czwarty brat, profesor matematyki, żonaty, bezdzietny; piąty kawaler, także nauczyciel matematyki, w zakładzie dla obłąkanych umieszczony (zaduma czynna, *melancholia agitans*, następnie pomięszanie ogólne, *Allgemeine Verrücktheit)*, dokonał tam życia. Ród więc cały wygasa, a wygasa w ten sposób, jak wygasają rody odziedziczające w spadku zboczenia umysłowe, tak po mieczu jak i po kądzieli, choć tutaj tego spadkobierstwa, pomimo najpilniejszych starań, nie doszukaliśmy się wcale.

Na tych wnioskach nie poprzestajemy, inne nam bowiem nastręczają się jeszcze. I tak zupełne wygasanie rodu poprzedza wzmaganie się liczby zboczeń umysłowych, towarzyszy im cała gromada cierpień nerwowych, zmian patologicznych, ale jednocześnie w parze z niemi idą spotęgowane zdolności umysłowe, jakby wskutek podniecenia chorobliwego mózgu rozrastające się, czyto u osobników, dotkniętych następnie obłąkaniem „zdecydowaném“, czyli też dotkniętych pewnemi nieprawidłowościami, pokrewnéj z obłąkaniem natury. Cyfry jako wynik wyżéj podanych trzech spostrzeżeń udowodnią to jeszcze wyraźniéj. Spostrzeżenia obejmują od 2 do 5 pokoleń, składa się na nie 77 osób (48 m. i 29 kob.): pośród nich obłąkanie powtarza się 17 razy (13 m. 5 k.), psychopatyczne przejawy 7 (5 m. 2 k.), najrozmaitsze cierpienia nerwowe 11 (2 m. 9 kob.), samobójstwo 4 (sami mężczyzni). Skala wykształcenia taka: wyższe dokończone 23 razy (21 m. 2 k.), przerwane z racyi wstawienia się choroby 6 (4 m. 2 kob.). Według specyjalności: profesor uniwersytetu 1, pedagogów 4, (3 m. 1 k.), oficerów kwatermistrzostwa 2, lekarzy 2, prawników 2, agronom 1, utalentowany muzyk 1, znakomity rzeźbiarz 1, szczególna zdolność poliglotyczna 2 razy (obaj psychopaci). I jestem z góry przekonany, że nie zaregestrowałem wszystkiego, szczególnie, co się tyczy osób z końca zeszłego stulecia.

Związki małżeńskie między pokrewnymi utrwalają dziedziczność w rodzie ze wszystkiemi jéj następstwami. Łączenie się to było u nas w zwyczaju od dawna. „P. Bóg nie błogosławił tym spokrewnieniom, przeciwnym ustawom, o prędką zagładę dom taki przywodził“, pisze kronikarz, jeszcze w końcu XVI w.. a powtarza się to jednak nie mniéj często i dzisiaj. W tablicach naszych genealogicznych na 437 małżeństw odszukaliśmy 49 zawartych między pokrewnemi, więc 10,2%, nie ręczymy za dokładność naszéj statystyki. Nie daremnie wszakże ogół o takich związkach wzmiankując dodaje, łączą się jak żydzi, bo ci ostatni prym pod tym względem trzymają; szczególnie zamieszkali u dawnéj ściany wołoskiéj przechowują tradycyję z całą ścisłością, związki między pokrewnymi na każdym u nich spotykamy kroku. Wchodzą tu w grę i pieniądz i pochodzenie, albo mówiąc dokładniéj ród i fortuna. To też, jeżeli niekiedy obłąkanie nie występuje pośród nich wybitnie, to dla tego tylko, że nie ma się czasu rozwinąć, ofiary bowiem takich związków giną wcześniéj, pod ciosem innych spraw patologicznych. Niemoc płciowa stanowi liczny kontyngent rekrutowany pośród osobników do tej warstwy należących; ze 132 izraelitów, dotkniętych wzmiankowaném wyżéj cierpieniem, w stu dziesięciu sprawdzić mogłem, w pokoleniach wstępujących, związki między pokrewnemi; najczęściéj córka rodzonéj siostry stawała na ślubnym kobiercu z synem brata, stryj łączył się z synowicą, mniéj często ciotka poprzysięgała miłość a przynajmniéj wierność dozgonną siostrzeńcowi itd. W najszczęśliwszym wypadku połączenia krwi w dwóch pokoleniach kończą się wygaśnięciem rodu; oto, choćby przykład, który mam przed oczyma; mężczyzna staje do wspólnego życia z siostrzenicą, zrodzoną ze stryjecznego brata, z tego małżeństwa jest syn, wątły, glupkowaty, oddany zgłębieniu talmudu i innych ksiąg pobożnych, ułomny przy tém (martwielizna kości stopy w dziecięctwie natury zołzowéj), żenią go z cioteczno-rodzoną siostrą, piękną, zdrową, należycie rozwiniętą kobietą, matką mimo to wszystko nie została ona nigdy. Inne atoli, mniéj daleko szczęśliwe znamy wypadki, jak ów kupiec na Wołyniu, który zebrał ogromną fortunę, a nie chcąc jéj dzielić, krewnych między sobą kojarzył, ztąd wynik smutny, trzecie bowiem pokolenie dało trzech obłąkanych i tyluż idyjotów, i ledwie kilka kobiet, choć ograniczonych pod względem umysłowym, ale na tyle „poczytnych“, że mogly jako tako z fortuną dać sobie radę. Inna rodzina liczbą imponowała, z pary, w drugiém pokoleniu 11 osób, w trzeciem 86; z bujnie rozkwitającym konarem przybywało fortuny, dla jéj zaokrąglenia dziadek, patryjarcha i główny kierownik finansowy, zaczął stosować system połączenia najbliższych krewnych ze sobą; w drugiém pokoleniu to mu się jeszcze udało, ale w trzeciém zawód spotkał zupełny: pary bowiem tak skojarzone produkowały potomków albo nie posiadających warunków życia (krzywica, wodogłowie, zołzy w najrozmaitszéj postaci), więc umierających w dziecięctwie, albo takich, którzy pozbawieni zdolności zapłodniania, zwiędli we wczesnéj dobie, tak że większa ich połowa, ledwie lat 30 dobiegła. Ogromna rodzina w naszych oczach stopniała; a ciekawém jest jeszcze i to, że spory poczet jéj członków dziedziczył ból twarzowy *(Tic douloureux)*, któremu się organizmy zwątlone oprzeć nie mogły, kiedy dziadek tych tak patologicznie zwyrodnionych potomków nosił się z nim przeszło lat 80 bezkarnie. (C. d. n.).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie stłumienia czerwonki w kraju.

L.: 24466.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

8) W okręgu epidemicznym czerwonki należy wzbronić handel i sprzedaż szmat używanéj odzieży, brudnéj bielizny itd. a nad przemysłem tym rozciągnąć ścisły dozór.

9) Uczęszczanie dzieci z domostw, w których są chorzy na czerwonkę, jest wzbronione, a w celu zapobieżenia szerzeniu się choroby w szkołach należy przestrzegać ścisłego wykonywania postanowień rozporządzenia c. k. galic. kraj. Rady szkolnéj z 26 stycznia 1887 do l. 10359 (Dz. u. i r. kr. Nr. 8).

10) W razie większego szerzenia się czerwonki w jakiéj miejscowości lub okolicy ma c. k. Starostwo wzbronić odbywanie uroczystości, odpustów, zgromadzeń, targów, w ogóle powstrzymywać wszelkie nagromadzenie się ludu w większéj ilości.

11) W razie sprawdzenia czerwonki w karczmie lub w innem publicznem miejscu, należy ten lokal zamknąć na czas trwania choroby, jeżeli nie można w inny sposób, np. przez umieszczenie chorego w szpitalu z konieczności, usunąć niebezpieczeństwo rozwleczenia choroby. Otwarcie może dopiero nastąpić po wyzdrowieniu chorego lub wyniesieniu tegoż i po przeprowadzeniu dokładnéj desinfekcyi przedmiotów, wychodków, całego obejścia i lokalu.

12) Ponieważ czerwonka w kraju naszym zwykła pojawiać się w czasie, w którym są już owoce, jednakowoż jeszcze nie dojrzałe, a w wielu przypadkach objawy czerwonki występują po spożyciu takich owoców, przeto należy odnieść się do duszpasterzy z prośbą, aby rok rocznie na wiosnę z ambony zwracali uwagę ludności na powyższą okoliczność i polecali rodzicom, aby nie dozwalali dzieciom spożywania takowych. Daléj należy zarządzić jak najostrzejszy dozór nad sprzedażą owoców i surowo karać przekupniów owoców niedojrzałych.

13) Podobnie jak w innych chorobach zakaźnych, jak np. w cholerze i tyfusie brzusznym, przyczynia się do szerzenia czerwonki niewątpliwie woda gnijąca lub zanieczyszczona odchodami chorych na czerwonkę. Z téj przyczyny należy zamknąć studnie, do których jest możliwy przypływ odchodów ludzkich, w ogóle studnie w pobliżu dołów kloacznych lub o zanieczyszczonéj i niezdrowéj wodzie.

W miejscowości czerwonką nawiedzonéj należy studnie jak najczęściéj oczyszczać.

14) Niemniéj przyczynia się do szerzenia się czerwonki zaniedbanie czystości czy to na placach publicznych, w lokalach publicznych i domach prywatnych. Przeto jednym z najważniejszych czynników do zapobieżenia szerzeniu się chorób zakaźnych w ogóle, a w szczególności czerwonki, jest utrzymanie wzorowéj czystości.

W każdéj przeto miejscowości, w któréj pojawi się nawet tylko jeden przypadek czerwonki lub w razie podejrzenia téj choroby winien Pan Starosta zarządzić oczyszczenie wszystkich dróg i placów publicznych, ścieków, rowów, podwórzy itd., również oczyszczenie kloak, które w myśl tut. rozporządzenia z 22 sierpnia 1887 l. 51.742 mają być w budynkach publicznych urządzone w sposób tém rozporządzeniem wskazany.

15) W obec tego, iż czerwonka z powodu zaniedbania wszelkich ostrożności sanitarnych ze strony zarządów gminnych i nadzoru policyi sanitarnéj w gminach ze strony władzy politycznéj, stała się w kraju naszym już swoistą i zagnieździła się w sposób niebywały w niektórych powiatach nie oszczędzając rok rocznie ani jednego z tychże; w obec tego, iż choroba ta jak każda zakaźna da się, jeżeli nie w zupełności wykorzenić, to przynajmniéj podobnie jak w innych krajach koronnych i w innych państwach ograniczyć do małych rozmiarów, przeto wzywa się Pana Starostę, aby ściśle przestrzegał wykonania poleceń zawartych w §. 3 i 4 ustawy sanitarnéj wchodzących w zakres gmin, i abyś w razie zaniedbywania tychże zastosowywał środki przymusowe dozwolone ustawę gminną (§. 107 z 12/8 1886 dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 19).

Ściśle wykonanie i dopilnowanie zarządzeń niniejszego rozporządzenia polecisz Pan Starosta tamtejszemu lekarzowi urzędowemu, jako referentowi sanitarnemu, który przy sposobności podróży peryjodycznych ma przeważnie zwiedzać miejscowości nawiedzone chorobami zakaźnemi i swoim osobistym wpływem i z urzędu udzieloną mu władzą ma wpłynąć, aby wady sanitarne tak liczne w kraju naszym choćby częściowo były usuwane.

Rzeczą Pana Starosty jak i wszystkich urzędników c. k. Starostwa jest w tym samym kierunku być bez przerwy czynnym.

Za wszelkie zaniedbanie lub opieszałość w wykonaniu tych zarządzeń robię Pana Starostę w myśl polecenia wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 4 września l. 15670 osobiście odpowiedzialnym. Lwów, dnia 5 października 1888 r.

Do l. 7692 Nam.

Śmiertelność czerwonki w latach 1879 do 1886.

Powiat	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
Miasto Lwów	6	9	13	19	14			
„ Kraków	10	92	65	32	40			
Biala	49	42	56	211	54	91	292	56
Bóbrka	20	60	7	39	33	16	52	31
Bochnia	104	320	111	88	119	81	70	70
Bohorodczany	116	327	92	242	178	98	176	102
Borszczów	49	83	50	97	58	132	183	142
Brody	59	127	63	216	108	73	181	134
Brzesko	72	300	81	107	75	59	206	79
Brzeżany	63	113	60	75	59	75	74	65
Brzozów	32	121	87	109	125	93	163	58
Buczacz	12	20	53	88	45	69	74	28
Chrzanów	30	310	216	157	222	119	75	114
Cieszanów	32	180	81	170	48	120	163	200
Czortków	68	52	70	225	110	181	70	106
Dąbrowa	9	409	165	125	78	112	87	50
Dobromil	57	162	21	55	45	20	27	48
Dolina	58	131	43	56	71	50	83	161
Drohobycz	64	113	31	52	88	59	80	34
Gorlice	22	74	77	93	254	154	66	330
Gródek	48	82	49	113	77	52	81	92
Grybów	13	77	15	15	46	41	97	68
Horodenka	92	252	52	244	68	79	230	190
Husiatyn	18	78	28	72	80	137	74	56
Jarosław	81	127	48	144	90	87	107	81
Jasło	44	89	38	368	258	121	144	59
Jaworów	85	171	48	233	76	76	146	71
Kałusz	61	255	78	129	112	59	81	86
Kamionka	56	113	67	121	105	84	166	142
Kolbuszowa	43	236	152	129	54	56	79	76
Kolomyja	73	146	103	222	130	125	424	475
Kossów	91	176	140	272	190	146	210	674
Kraków	62	121	117	126	106	128	114	64
Krosno	70	163	105	522	141	65	79	50
Limanowa	37	130	77	136	129	88	37	104
Lisko	8	57	15	119	22	10	13	11
Łańcut	90	94	42	73	97	26	43	230
Lwów p.	40	89	52	138	83	60	114	88
Mielec	95	492	151	119	109	142	78	89
Mościska	133	130	52	130	38	54	76	130
Myślenice	16	89	35	40	40	46	109	27
Nadworna	115	228	151	433	520	136	303	341
Nisko	84	351	152	61	93	102	84	64
Nowy Sącz	20	101	14	124	127	132	121	150
Nowytarg	53	90	81	122	142	59	139	58
Pilzno	36	326	27	44	32	233	22	27
Podhajce	65	74	86	149	83	48	169	76
Przemysl	114	109	40	187	64	41	129	115
Przemyślany	43	194	81	129	95	116	137	79
Rawa	42	66	22	164	181	104	195	258
Rohatyn	57	15	27	99	59	35	67	36
Ropczyce	18	28	48	30	11	35	71	88
Rudki	42	99	51	134	90	34	73	209
Rzeszów	39	55	64	112	65	65	66	50
Sambor	55	59	22	89	23	38	46	48
Sanok	33	60	22	42	45	27	54	48
Skałat	30	39	69	73	43	43	59	45
Śniatyn	154	161	120	312	131	181	341	205
Sokal	39	66	57	109	83	58	179	191
Stanisławów	48	124	45	207	67	80	80	38
Staremiasto	45	67	44	45	60	64	62	58
Stryj	40	81	17	36	148	45	50	113
Tarnobrzeg	32	303	93	42	70	193	163	74
Tarnopol	31	43	36	62	33	46	148	84
Tarnów	38	181	63	58	65	66	50	120
Tłómacz	56	231	63	276	119	57	105	86
Trembowla	46	49	72	137	51	53	91	63
Turka	14	43	16	25	130	45	41	30
Wadowice	12	58	163	388	212	56	53	52
Wieliczka	66	158	127	107	127	133	115	47
Zaleszczyki	57	110	68	140	111	125	259	157
Zbaraż	48	80	20	150	65	48	163	93
Złoczów	143	219	104	245	106	109	206	114
Żółkiew	66	150	79	276	95	50	141	121
Żydaczów	110	115	31	104	55	48	53	132
Żywiec	68	137	51	83	115	155	105	85
W całym kraju	55	132	66	140	97	79	118	

Sprawozdanie komisyi administracyjnéj o czynnościach Wydziału krajowego Departamentu V.

Wysoki Sejmie! W roku ubiegłym Wydział krajowy, powodowany prawdopodobnie uwagami niektórych posłów, że poprzednie sprawozdania Departamentu V. zawierały więcéj dat administracyjnych i gospodarskich, aniżeli lekarskich, przedstawił Wysokiemu Sejmowi wyczerpujące i bardzo obszerne sprawozdanie o ruchu chorych nie tylko we wszystkich szpitalach krajowych i prowincyjonalnych, ale nawet i w różnych oddziałach szpitali krajowych.

Jakkolwiek sprawozdania podobne mogą być pożądane dla ludzi fachowo zajmujących się statystyką leczniczą, sądzimy jednak, że są zbyt szczegółowe dla Wysokiego Sejmu, który chce przedewszystkiém widzieć, czy zabiegi jego dla podniesienia zakładów sanitarnych osiągają cel tak pod względem liczby uleczonych, jak i zmniejszenia śmiertelności pomiędzy leczonymi. Szczegółowe więc tablice ruchu chorych według miesięcy i oddziałów, z wykazami poszczególnionych chorób, czego dawniéj nie było, komisyja uważa za zupełnie zbyteczne.

Tablice ruchu chorych, w różnych zakładach naszych w takiéj formie, jak dawniéj załączano do sprawozdań, uznaje za zupełnie dostateczne dla wyciągnięcia wniosków dotyczących leczenia i pielęgnowania chorych.

Alegat 14. sprawozdania przedstawia porównawczy rezultat pracy Wydziału krajowego, lekarzy i zarządów w ciągu ostatnich lat dziesięciu. Rezultat ten we wszystkich gałęziach zarządu, to jest pod względem leczenia chorych i wydatków na utrzymanie i pielęgnowanie ich, przedstawia się dodatnio. W skutek bowiem rozszerzenia szpitali i zaufania, które te zakłady pozyskały u ludności, ilość leczonych wzrosła prawie o dziesięć tysięcy chorych rocznie i o 86 tysięcy dni leczenia, wtedy gdy wydatki w porównaniu z rokiem 1878 spadły o 148.544 zł. Cała kuracyja chorego, którego średni czas leczenia zmniejszył się o 6·1 dnia w porównaniu z rokiem 1878, zmalała o 10 zł. 72 ct., a dzień leczenia, który w roku 1878 kosztował 85 zł. 95 ct., obecnie kosztuje 65 zł. 75 ct., to jest o 20 zł. 20 ct. taniéj. Przyczyniły się do tego zapewne w części niższe ceny produktów w ostatnich latach w pewnéj części, w dalszéj zapobiegliwość i oszczędność administracyi i gospodarki. Z drugiéj strony nieustanne zwiększanie się procentu uzdrowionych i zmniejszenie się odsetku zmarłych dowodzą, że i pod względem leczniczym zakłady nasze postępują naprzód nieustannie, a lekarze należycie spełniają swoje obowiązki.

Przechodząc do specyjalnych sprawozdań o rozwoju krajowych i prowincyjonalnych zakładów, to uzasadnione jest zdanie Wydziału krajowego, że w lwowskim szpitalu jest przepełnienie rzeczywiście, że nie można osiągnąć dokładniejszego odosobnienia dotkniętych chorobami zakaźnemi od innych, nie ma możności dać lepszego pomieszczenia dla chorych klasowych, ani pomieścić w szpitalu większéj liczby lekarzy pomocniczych, aniżeli jest obecnie. Przepełnienie takie wpływa niekorzystnie nietylko na czystość i porządek, wymagane w podobnych zakładach, lecz i na same wyniki lecznicze. Ze sprawozdania widno, że oddział kiłowo-skórny męzki, dla braku miejsca, jest zmuszony ograniczać się z przyjęciem chorych z cierpieniami skóry, a sąto często nędzarze, którzy do chwili wyleczenia z choroby nie mogą znaleźć zatrudnienia, a zatém i zarobić na chleb powszedni. Wszystkim tym brakom tak ważnym, według zdania Wydziału krajowego, możnaby zapobiegnąć i przysporzyć miejsca szpitalowi, przenosząc oddział położnic do innego budynku stosownie urządzonego i po za obrębem gmachu szpitalnego. — Jakkolwiek komisyja administracyjna podziela to zdanie, to jednakże w tych czasach nie śmiała Wysokiemu Sejmowi proponować nowego obciążania budżetu i sądzi, że potrzebne adaptacyje muszą być na późniéj odłożone. Sala operacyjna, urządzona w roku ubiegłym na oddziale chirurgicznym lwowskiego szpitala, odpowiada wszelkim wymogom tegoczesnym, a rezultaty leczenia na tym oddziale można nazwać świetnemi. Przyrządy desinfekcyjne p. Rychnowskiego kupione dla szpitala lwowskiego i krakowskiego św. Łazarza bardzo dobrze spełniają zadanie swoje. Pod względem gospodarczym utrzymanie chorego w szpitalu lwowskim było najtańszém ze wszystkich zakładów krajowych, kosztowało bowiem zaledwie 69 zł. 67 ct., z których na żywienie przypadło 25 zł. 23 ct., koszta zaś administracyjne w porównaniu z rokiem 1886 zmniejszyły się o 2 zł. 56 ct. na dzień i na chorego. — Tabliczka wydatków na gospodarstwo i administracyję lwowskiego szpitala, w ostatnich pięciu latach, świadczy, że pomimo zwiększenia się ilości dni leczenia, ogólny wydatek roczny w tym szpitalu ciągle się zmniejsza, jak zarówno zmniejsza się koszt dnia leczenia i żywienia chorych. Pod względem wyników leczniczych szpital ten także stoi na pierwszym planie, w roku bowiem 1887 wyzdrowiałych i z polepszeniem wyszło ze szpitala 80·44%, zmarło 7.97%, nieuleczonych zaś było tylko 6·08%.

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie przepełnienie jest jeszcze większe, aniżeli w szpitalu lwowskim, tak że liczba leczonych chorych o wiele przewyższała normalną ilość łóżek. Z tego powodu nie przyjęto w r. 1887 do szpitala 1.308 zgłaszających się osób. Jestto stan mogący odbić się na wszystkich stosunkach szpitalnych. — Z powodu przeniesienia magazynu wiktualów do nowego pomieszczenia, w blizkości kuchni komisyja administracyjna sądzi, że najlepszém zużytkowaniem dawnego magazynu byłoby przerobienie jego na oddział dla dotkniętych chorobami zakaźnemi. — Rezultat leczniczy w tym szpitalu był następujący: wyleczonych i z polepszeniem wypuszczono 68·55%, umarło 11·77%, niewyleczonych było 12 15%. Ten stosunek mniéj korzystny wyzdrowienia i śmiertelności prawdopodobnie jest odbiciem się na szpitalu stosunków zdrowotnych miasta Krakowa, nie posiadającego dotychczas dobréj wody do picia, ani należytéj kanalizacyi. Wydatki w tym szpitalu w r. 1888 były większe aniżeli w r. 1886, ale na to wpłynęło otwarcie i urządzenie oddziału ocznego, zresztą koszta utrzymania szpitali, budowanych systemem pawilonowym, są zwykle wyższe od kosztów utrzymania szpitali, budowanych w systemie koszarowym, tak jak szpital lwowski.

Zakład obłąkanych w Kulparkowie. Sprawa należytego pielęgnowania chorych w zakładach obłąkanych jak wiadomo zależy od dobréj posługi. Czy oddanie zwierzchnego dozoru na oddziale obłąkanych mężczyzn Siostrom miłosierdzia, polepszenie bytu posługi i ustanowienie stałéj komisyi opieki nad obłąkanymi i inne rozporządzenia Wydziału krajowego okażą się skutecznemi — przyszłość pokaże. Co do budowy osobnego pawilonu dla szałowych, o tém obecnie mowy być nie może z powodu wielkich wydatków, których wymagają inne zakłady krajowe, tém więcéj, że obecne pomieszczenie, po rozszerzeniu jego, wskutek przerobienia dawniéj istniejących latryn, stało się daleko odpowiedniejszém, aniżeli poprzednio było. W ogóle komisyja administracyjna jest zdania, aby sprawa naprawy latryn we frontowéj części budynku była traktowana jak najoszczędniéj, ma bowiem przekonanie, że do naprawy téj można przyjść nie budując osobnych baszt, które pociągną za sobą bardzo znaczne koszta. — Komisyja z przyjemnością przekonała się z załączonych tablic porównawczych wyników lecznic w ośmiu ważniejszych zakładach dla obłąkanych w monarchii, że w Kulparkowie część lecznicza nie tylko nie ustępuje części leczniczej w innych zakładach, lecz owszem zakład nasz należy do przedstawiających najwyższy odsetek wyzdrowienia, a pod względem małéj ilości śmiertelnych wypadków, jeden tylko zakład w Niederhardt w Górnéj Austryi może się pochwalić lepszym rezultatem. — Wykaz porównawczy gospodarstwa w zakładzie tym w ciągu pięciu lat ostatnich świadczy, iż pomimo zwiększenia się ilości chorych i ilości dni leczenia, koszt całéj kuracyi, koszt dnia leczenia i żywienia nieustannie się zmniejsza.

Szpitale prowincyjonalne. Z tabliczki przedstawiającéj ruch chorych w ciągu ostatnich pięciu lat widać, że pomimo zwiększenia się ilości chorych i dni leczenia, wyniki lecznicze są i tu coraz lepsze i tak: wtedy gdy w roku 1883 wyzdrowiało 73·6%, umarło zaś 9·3%, — w roku 1887 wyzdrowiało 75% a umarło tylko 8%. Rezultat gospodarstwa jest także bardzo korzystny, jeżeli zważymy, że taksa leczenia chorych w szpitalach naszych powszechnych na prowincyi przeciętnie jest najtańszą ze wszystkich krajów monarchii austryjackiéj 53 ct. — W r. 1883 cała kuracyja chorego kosztowała 15 zł. 01 ct. a dnia leczenia 67.1 ct., wtedy gdy w 1887 r. cała kuracyja kosztowała tylko 14 złr. 09 ct., a dzień leczenia 62 ct. W ogóle komisyja administracyjna tylko z uznaniem musi odezwać się o czynnościach Wydziału krajowego w zakresie działań Departamentu V., a przedstawiając uwagi swe, prosi:

Wysoki Sejm raczy sprawozdanie V. Departamentu Wydziału krajowego za rok 1888 do swéj wiadomości przyjąć.

We Lwowie 25 Stycznia 1889.

S. Koziebrodzki, zastępca przewodniczącego. *Żywicki*, sprawozdawca.

○ **Spray z dwujodku rtęci w gruźlicy.** Drowie Miquel i Rueff ogłosili pracę o leczeniu gruźlicy płucnéj sprayem z dwujodku rtęci. Roztwór w stosunku 1:40,000 zabija drobnotwory, jak wykazały doświadczenia Miquela i to skłoniło go do czynienia prób w gruźlicy płuc, każąc chorym wziewać parę dwujodku rtęci albo raczéj jodku rtęciowo-potasowego w stosunku na wagę dwujodku rtęci 1cz., jodku potasu 1cz., wody destylowanéj 1000 cz. Lecz czy płynne leki w postaci sprayu docierają do tchawicy, oskrzeli i ich gałęzi, nie jest jeszcze stanowczo wykazaném. Jedni dostawaniu się sprayu przeczyli inni przypuszczali je, obecnie dostawanie to zdaje się być dowiadczeniami Miquela stwierdzoném. Z liczby 27 chorych poddanych temu leczeniu u 19 nastała poprawa, a u 8 stan się nie zmienił, poprawa zatém nastawała w 70% przypadków leczonych. W tych przypadkach otrzymano złagodzenie zmian w płucach, a zwłaszcza zmniejszenie wykrztuszań i przybytek ciężaru chorych. W 2 przypadkach stwierdzono nawet zniknięcie prątków. *(The Lancet)*.

○ Komitet wyznaczony przez Akademiję lekarską w Brukseli w celu zbadania niebezpieczeństw publicznych doświadczeń z hypnotyzmem przyszedł do przekonania, że doświadczenia tego rodzaju są niebezpiecznemi tak pod względem moralnym jak i fizycznym i że winny być zakazanemi. (*The Lancet*).

○ Do niedogodności stosowania antipyrinu zalicza Dr. Galipe, że w niektórych przypadkach, w których stosował wewnętrznie antipyrin, zęby zczerniały. Dr. Galipe (dentysta) nie umie podać żadnego wytłumaczenia sposobu, w który antipyrin wpływa na zęby, znalazł jednak, że zęby najrychléj czernieją, gdy utraciły swe szkliwo. Niedogodność ta jest jednak tylko przejściową i daje się usunąć już myjąc zęby wodą zakwaszoną. (*The Lancet*).

* T. zw. pigułki szwajcarskie Brandta zaliczone zostały przez Sąd w Berlinie pomiędzy środki tajne. Idąc za tym przykładem fizykat wiedeński zwrócił się do Magistratu z prośbą o zakazanie tych pigułek.

† Amerykańskie Towarzystwo dla zbadania i leczenia pijaństwa ogłosiło konkurs z nagrodą 100 dolarów za lepszą pracę o zmianach mikroskopowych i patologicznych w alkoholizmie chronicznym. Do pracy mają być dołączone preparaty mikroskopowe, rysunki i mikrofotogramy. Przypadki, w których jako powikłanie występuje kiła, mają być wykluczone. Prace powinny być nadesłane najdaléj do 1go października 1890 r. do Nowego Jorku pod adresem *W. H. Rates M. D. F. K. M. S. 175 Remsen Street Brooklyn.* (*Wracz*. 1889, 1).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 7 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego przedstawił prezes następujących kolegów na członków Tow. lek. Drów Filipa Schmidta, Henryka Sokołowskiego, Eugienijusza Lachowicza, Tomasza Wojnarskiego, Władysława Kohlbergera, Franciszka Hernicha, Bolesława Heynego, Józefa Frierberga i Czesława Podgórskiego. Wszystkich jednogłośnie przyjęto. Następnie kol. Rydygier przedstawił dwie kobiety, u których z powodu wola podwiązał tętnice tarczykowe metodą Drobnika przez siebie zmodyfikowaną. Następnie kol. Jaworski przedstawił chorego, u którego kol. Rydygier wykonał w grudniu r. z. gastro-enterostomiję z powodu raka odźwiernika i objaśnił działanie chemiczne i mechaniczne żołądka i jelit po zabiegu. Poczém kol. Jaworski przedstawił jarzyny suszone z Bochni, które Komisyja przemysłowa uznała jako polecenia godne. W końcu kol. Pieniążek okazał kaniulę wydobytą z prawego oskrzela po 7miu tygodniach pobytu tamże.

* Otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém imienia J. Mianowskiego podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona przyznane zostaną w roku bieżącym dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznaną będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznemi), ogłoszoną drukiem w języku polskim między 14 września 1884 roku a 31 grudnia 1888, druga za takąż pracę w dziedzinie nauk społecznych filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego i w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą własném staraniem usiłuje zebrać dla poddania ocenie prace ogłoszone w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biórze Komitetu (Bank handlowy) lub na ręce jednego z Członków Komitetu, przed końcem lutego bieżącego roku. Prezes Komitetu: *Dr. J. Baranowski*, sekretarz: *Konrad Dobrski*.

(*) W korespondencyi z Krakowa, umieszczonéj w Nrze 3 *Kraju* petersburskiego, powiedziano, że „wkrótce ma przystąpić do Koła literacko-artystycznego całe Towarzystwo lekarskie". Ponieważ wiadomość ta mogłaby być mylnie tłumaczoną, jakoby miało nastąpić zlanie się Tow. lekarkiego z Kołem, o czém absolutnie mowy nie było i być nie mogło, prostujemy doniesienie szan. korespondenta, że się rozchodzi o możność prywatnego przystąpienia większéj liczby członków Tow. lek. do Koła w charakterze członków takowego.

* **Budapeszt.** Z d. 1 lutego oddano Wydziałowi lek. nowy zakład sądowolekarski. Jestto gmach dwupiętrowy, wyłącznie dla medycyny sądowéj przeznaczony, a w nim obok prosektoryjum, piwnic, pokoi dla urzędników sądowych i policyjnych, sali wykładowéj, muzealnéj, biblijotecznéj i pracowni znajduje się mieszkanie profesora i dwóch asystentów.

* **Anglija.** Fenwickowi i Cooperowi udało się odfotografować *per urethram* wnętrze pęcherza moczowego u trupów. Spodziewają oni się, że znajdą sposób fotografowania wnętrza pęcherza i na żywych.

† **Belgija.** Gazeta *Le Scalpel* donosi, że w Liège skazano powszechnie lubianego Dra Smeelsa na ciężką karę 4-letniego więzienia za zbrodnicze wywołanie poronienia. Oskarżenie opierało się na fałszywém i zupełnie nienaukowém orzeczeniu dwóch lekarzy. Ekspertyza Drów Hicqueta i Waltona orzekła z całą pewnością, że owa kobieta bezpośrednio przed śmiercią nie była wcale brzemienną i że umarła na *metropelviperitonitis* w skutek porodu przed 5 lub 6 miesiącami odbytego.

Dr. Schrevens zakomunikował belgijskiéj Akademii lek., że liczba występnych poronień jest daleko większą, niżby sądzić można z tych nielicznych przypadków, w których w skutek śmierci matki dochodzi do wiadomości. Na całą Belgiję zdarzają się rocznie cztery takie przypadki średnio. Już sam fakt, że liczba nieżywourodzonych jest większą pomiędzy dziećmi nieprawego łoża, dowodzi istnienia specyjalistów w sztuczném wywoływaniu poronień.)?)

* **Wiadomości uniwersyteckie. Tübinga.** W skutek powołania prof. Zieglera do Fryburga Wydział lek. na opróżnioną katedrę anatomii patolog. proponuje 4 kandydatów w następującéj kolei: Baumgartena (z Królewca), Weigerta (obecnie w Frankfurcie n./M.), Boströma (w Giessen) i Nauwercka (w Tübindze). — **Strasburg.** Prof. Naunyn, przebywszy zap. płuc udał się na czas dłuższy w okolice południowe a zastępstwo objął Dr. Minkowski.

* **Nekrologija.** W Norymberdze umarł w 71 roku życia Dr. Kreitmair, poważany praktyk.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 3: Jaworskiego: Z dyjagn. i terap. chorób żołądka (c. d.). — W *Wiadomościach Lek.* Nr. 6: Szadka: Przyczyn: do mech. lecz. rzeżączki przewl.; Bogdanika: Szkice herniologiczne; Wiktora: Wystawa i Zjazd. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4. Matlakowskiego: Dwa przyp. osteopl. operacyi stopy; Jasińskiego: *Astasia, congenita* (dok.). — W *Kron. Lek* Nr. 1: Winawera: O zastos. mięsienia w chorob. kob. według met. Thure Brandta; Kępińskiego: Zap. łącznicy (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 40: Polaka. Uwagi o. instrukc. o kanalizowaniu domów; Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.); Korala: O zapowietrzeniu miejsc. w szpit. dzieci wyzn. mojż. w Warszawie. — W *Medycynie* Nr. 4: Krajewski i Wróblewski: Rak krtani Całkowite wycięcie krtani (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Kucharzewskiego: O przesiąkaniu do kiszek pod wpływem soli przeczyszczających; Matlakowskiego: Przyczynek do chirurgii jelit. — W *Medycynie* Nr. 5: Krajewskiego i Wróblewskiego: Rak krtani (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. WEISSENBERG (w Kołobrzegu): Inversia uteri nach Abort, Reduction d. Tamponade. (Odbitka z *Frauenarzt*, 1889), in 8vo, str. 7.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. Ch. w Cz. Artykuł będzie drukowany, jest już nawet złożony, ale prosimy o cierpliwość.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 16 Lutego 1889. Nr. 7.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wtórorzędnéj t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj niedrożności jelit.

Podał
Prof. Dr. Obaliński w Krakowie.

(Ciąg dalszy i dokończenie. Patrz Nr. 6).

2. Bardzo ważną rzeczą jest **wczesne rozpoznanie** wtórorzędnej niedrożności jelit. Jeżeli mówiąc o rozpoznaniu niedrożności jelit w ogóle (l. c.) wyraziłem się, że ono należy do trudnych a częstokroć do niemożliwych, przynajmniéj co do pojedynczych szczegółów, i dla ułatwienia sobie zadania tak gorąco popierałem laparotomiję próbną, to rzeczy tutaj mają się nieco odmiennie. Tam odgrywają rolę najróżnorodniejsze przyczyny, tutaj zaś w przeważnéj liczbie stosunki mechaniczne i to najczęściéj zrosty, tu i owdzie spotykamy się tylko jeszcze z niedrożnością funkcyjonalną.

W pierwszym razie mamy prawie na pewno objaw charakterystyczny, t. j. wybitne kłębowanie się jelit rozdętych powyżéj mechanicznéj przeszkody, osobliwie w początkach choroby; brakuje go tylko wyjątkowo, np. jeżeli przeszkoda znajduje się bardzo wysoko albo w bardzo późnym okresie, kiedy przewagę biorą przypady zapalenia otrzewny. Nawet równoczesne podwyższenie temperatury ciała nie powinno nas na bezdroża prowadzić, jeżeli tylko w mowie będący objaw jest dosyć wybitnym. Dla tegoto nie mogę zgodzić się z twierdzeniem **Bumma**[1]), który powołując się na jeden przypadek niedrożności jelit, powstałéj skutkiem laparotomii w klinice ginekologicznéj würzburskiéj, mówi, że „prawie niepodobném jest rozpoznanie niedrożności jelita, jeżeli występuje ono wśród wysokiéj gorączki i kryje się za objawy septycznego zapalenia otrzewny", a to tém mniéj, że w opisie przebiegu choroby téj saméj pacyjentki znajduję w czwartym dniu po operacyi zanotowany stan następujący: „częste odbijania, silny ruch jelit; dwa razy wymioty; brzuch miękki mało co wydęty, przy ucisku niebolesny!" Wszak to wcale już chyba nie odpowiada septycznemu zapaleniu otrzewny a oparłszy się na przypadzie najwybitniejszym, t. j. silnym ruchu jelit obok innych, trzeba było przypuścić pomimo równoczesnego podniesienia temperatury ciała do 39·6°C. mechaniczną zaporę i otworzyć jamę brzuszną a byłoby się najprawdopodobniéj dało uratować życie; sekcyja bowiem ósmego dnia po operacyi wykonana wykazała, że otrzewna była zupełnie gładką i lśniącą a przeszkoda czysto mechaniczną wywołana przez przyrośnięcie sieci do jelita.

Trzymając się obok innych przypadów tego głównego, zawsze dobrze rozpoznawałem i dla tego nie mogę się zgodzić na zdanie Wolffa Hirscha[1]), który mówi, że „rozpoznanie jest tutaj tak trudném, iż podjęcie drugiéj laparotomii celem zniesienia niedrożności uważaném być musi za czyn nader odważny". Prawda, że objaw ten niknie tam, gdzie w skutek bardzo ostrego zadzierzgnięcia wytwarza się mocne zadrażnienie lub nawet zapalenie otrzewny; lecz właśnie okoliczność powyżéj już uwzględniona, że po największéj części mamy sposobność przypadki wtórorzędnéj niedrożności obserwować od samego początku, przyczynia się do tego, iż głównego tego objawu pominąć nie możemy a już i tego doświadczyłem, że mi chorzy sami opowiadali o ruchu jelit niezwykłym lub przelewaniu się w tychże.

3. Jeżeli mówiąc w ogóle o leczeniu niedrożności jelit (l. c.) przemawiałem za wczesną laparotomiją, to przy wtórorzędnéj nie potrzebuję się wysilać dla udowodnienia korzyści z wczesnéj laparotomii. Poprzednio wykazałem, że przeważnie idzie tutaj o zaporę mechaniczną wywołaną zrostami; daléj wyszczególniłem, że rozpoznanie bywa najczęściéj łatwém; jeżeli jeszcze w końcu zwrócę uwagę na to, że pacyjenci, o których mowa, pozostają jako rekonwalescenci po przebytéj już poprzednio laparotomii w ciągłéj ob-

[1]) *Ueber Darmverschliessungen nach Laparotomieen. Münch. klin. Woch.* 16, 1888.

[1]) *Archiv f. Gynäkologie, XXXII, 2.*

serwacyi lekarskiéj, to każdy racyjonalnie się zapatrujący lekarz przyzna mi, że tu jedynie wczesna laparotomija przynieść może rzeczywistą pomoc. Tak było w moich dwóch przypadkach i obydwa zostały uratowane, w trzecim zaś, który nie był pod obserwacyją lekarską, lecz przywieziony został za późno do szpitala, nie zdołałem już uzyskać rezultatu dodatniego. Wręcz naiwną mi się wydaje propozycyja pana Sebileau [1]), który w takich razach całego systemu różnych środków i środeczków użyć radzi, byleby tylko nie operować! Musiał nigdy nie widzieć przy sekcyi tych zmian, bo z pewnością zmieniłby swoje zapatrywania. Nie przeczę, że wyjątkowo może się wydarzyć po laparotomii t. z. *ileus paralyticus*, wywołany zapaleniem otrzewny; natenczas wskazanym jest początkowo spokój i środki narkotyczne a w pierwszym rzędzie beladona, nieco późniéj obfite wlewania do kiszki stolcowéj. Ale też i stan taki odznacza się zupełnie innemi objawami, między którémi odszczególniam jednostajną bębnicę, brak kłębowania się jelit i częstokroć utrudnione lub nawet niemożebne oddawanie moczu.

Rozporządzam już całym szeregiem przypadków, w których na podstawie wymienionych objawów rozpoznałem zadrażnienie otrzewny i *ileus paralyticus*, a w których odrzuciwszy myśl operacyi przez innych mi podsuwaną lub mnie samemu się narzucającą, uratowałem chorych jedynie środkami wewnętrznemi. Lecz aby módz na pewno wybierać i na pewno działać, trzeba dokładnie rozróżniać charakterystyczne objawy a nie przechodzić nad niemi do porządku dziennego, jak to np. czyni Bumm (l. c.) mówiąc: „*Noch weniger beweisend als Erbrechen und Stuhlverstopfung sind die Auftreibung des Unterleibes, die Kolikschmerzen, das Auftreten von Eiweiss im Urin und wie die Symptome alle heissen*.......“ Otóż właśnie ja twierdzę, że te inne przypady są charakterystycznemi, podczas gdy na wymiotach i zaparciu stolca wcale opierać się nie można.

4. Na rokowanie w przypadkach niedrożności jelit, występującéj w przebiegu gojenia się ran otrzewnowych zapatrywano się dotąd bardzo czarno, czemu się nie dziwię, uwzględniwszy dotychczasową statystykę, która najlepiéj odbija się w zestawieniu tysiąca laparatomij, wykonanych przez Spencer-Wellsa. Jedenaście operowanych umarło z powodu niedrożności jelit. Wiadomość tę czerpię jedynie z referatu, nie mam bowiem niestety przed sobą oryginalnego dzieła, w którém mógłbym zasięgnąć szczegółowych wiadomości o każdym z tych przypadków, sądzę jednak, że jeżeli nie wszystkie, to przynajmniéj wiele z nich dałoby się było uratować, gdyby operacyja w należytym czasie i z uwzględnieniem należytych wskazań była wykonaną. Przy dzisiejszych wiadomościach o téj sprawie rzecz nie stoi tak źle i spodziewać się należy, że podobne przypadki, jak te, które na początku niniejszéj pracy opisałem, nie będą należeć do wyjątków.

5. Na koniec wypada mi się zastanowić nad sposobami, jakichby użyć należało celem zapobieżenia złemu. Kwestyję tę podniósł był już ginekolog berneński Müller na pierwszym wiecu niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego, odbytym w Monachium 1886. Zaproponował on, aby usunąć opatrunki uciskające brzuch, a powtóre aby po ciężkich laparotomijach, wśród których zmuszeni byliśmy oddzielać zrosty i nakładać dużo ligatur, lub nawet pozostawiać rany, wypełnić jamę brzuszną płynem obojętnym, wyjałowionym np. 0,7% roztworem soli kuchennéj i to w takiéj ilości (2400 gm.), aby płyn ten mógł służyć jako izolator pojedynczych trzew i w ten sposób zapobiegał stykaniu się ich a zatem i zrostom.

W dyskusyi nad tym przedmiotem różne i to wręcz przeciwne pojawiły się zdania, jedni, jak Olshausen, byli wnioskowi temu przychylni, inni nie spodziewali się z niego żadnych dodatnich skutków, pomawiając nadto inne czynniki, jak rany, wynaczynioną krew, środki antiseptyczne itp. o to, że przyczyniają się do zrostów lub podrażnienia otrzewny i że tym sposobem wywołują mechaniczne zamknięcie a względnie porażenny stan jelit.

T. Dembowski (l. c.) wykazał wprawdzie w swéj pracy, że ani jodoform, ani środki antiseptyczne (jak karbol, sublimat), ani rany otrzewny nie wywołują zrostów, nie zbił jednak twierdzenia Sängera, który w dyskusyi owéj powołując się na swoje doświadczenia [1]) powiedział, że płyn nalany do jamy brzusznéj zostanie prędzéj wessanym niż rana otrzewny zdoła się zagoić, a zatem nim usuniętą zostanie obawa wywołania przez nią zapalnego porażenia jelit (*ileus paralyticus*). A nawet co do środków antiseptycznych postawił sobie Dembowski kwestyję niewłaściwie. Stara on się bowiem udowodnić, że karbol, sublimat i jodoform a więc zazwyczaj dzisiaj używane środki antiseptyczne nie mogą wprost wywołać zrostów na otrzewnie, gdy przeciwnie tutaj się rozchodzi o co innego, a mianowicie, czy dane pewne zranienie otrzewny itd. samo sobie zostawione mniejszą ma dążność do zrostów, niż w obec równoczesnego traktowania go powyżéj wymienionemi środkami antiseptycznemi. Tak przynajmniéj ja pojąłem tę sprawę i takiż duch wiał z przemówień Kaltenbacha, Krukenberga i Olshausena podczas dyskusyi nad wnioskiem Müllera (l. c.).

To jest kwestyja zupełnie innego rodzaju, która po części doświadczeniem na zwierzęciu, głównie jednak rozstrzyganą być powinna na podstawie statystyki i to nie przypadkowéj lecz należycie usystemizowanéj i bardzo licznéj. Za wpływem takich środków antiseptycznych zdaje się przemawiać prosty pogląd na dotychczas ogłoszone przypadki. Jak wiadomo nie używa Lawson Tait przy swoich laparotomijach żadnych środków antiseptycznych, stara się tylko o wyborne warunki aseptyczne i tym sposobem osiąga i niski odsetek śmiertelności i, co ważniejsza, nic nie wspomina o jakichkolwiek przypadkach niedrożności jelit, przynajmniéj nic o tém nie wspomina referent, zdający sprawę z jego 2000 laparatomij [2]). W każdym razie jestto rzeczą uderzającą w obec faktu, że z szeregu 1000 laparatomij, dokonanych przez Spencer-Wellsa, który przeważnie trzymał się zasad Listera, umarło aż 11 osób z powodu niedrożności jelit. Rzecz ta, zdaniem mojém, kwalifikuje się na kongres międzynarodowy, który jedynie mógłby wziąść początek i powagą swoją doprowadzić do skutku tak pożądaną w niniejszym kierunku statystyką, gdzie każdy w niéj udział biorący byłby obowiązanym wypełnić pewne przez kongres uchwalone rubryki.

Czy zaś proponowane przez Müllera wypełnienie jamy otrzewnowéj obojętnym jakimś lecz wyjałowionym płynem może zapobiedz zrostom, postanowiłem w myśl Olshause-

[1]) *De quelques accidents intestinaux survenants après les opérations abdominales. Annales de gynécol.* 1885. Fevr. str. 118.

[1]) *Archiv f. Gynaecologie* XXIV. p. l. [2]) W pierwszym tysiącu okazała się śmiertelność nieco nad 9%, w drugim zaś tylko nieco nad 5%.

na wypróbować na zwierzętach a nie uprzedzać się z góry powziętém o niém mniemaniem, jak to uczynił Dembowski (l. c.).

Rozważając dokładnie tę rzecz postanowiłem obok płynu proponowanego przez Müllera, tj. 0,7% rozczynu soli kuchennéj użyć jeszcze innego, któryby nie miał jak tamten celu wielką swą ilością oddzielać trzewą od siebie lecz posiadał raczéj własność utrzymywania otrzewny w takim stanie, żeby zrosty tém trudniéj mogły przyjść do skutku. Płynem takim wydała mi się być dobrze wyjałowiona oliwa; wessanie jéj odbywa się powolniéj niż rozczynu wodnego, ilość jéj może być mniejszą a tłustość ścian mogłaby to sprawić, żeby powierzchnie się ślizgały a nie sklejały.

W celu przekonania się o prawdziwości tych przypuszczeń wykonałem w dniu 24 grudnia 1888 na trzech królikach laparotomiję a wydobywszy trzewa wywołałem u każdego z nich następujące zmiany: 1) na kątnicy przypaliłem termokauterem miejsce wielkości centówki; 2) na jelicie biodrowém przypaliłem miejsce na 2 cm. długie a ½ cm. szerokie; 3) na kiszce wstępującéj posmarowałem kolodyjonem z jodoformem pomięszanym miejsce na 2 cm. długie, a na 1 cm. szerokie, a nareszcie 4) odciąłem każdemu po kawałku sieci po poprzedniém téjże podwiązaniu. Królikowi *a* zaszyłem brzuch bez wprowadzenia jakiegokolwiek doń płynu; królikowi *b* wprowadziłem poprzednio 50 gm. wyjałowionéj oliwy, a królikowi *c* wprowadziłem przed zaszyciem 200 gm. rozczynu 0,6% soli kuchennéj także przez gotowanie wyjałowionego.

Pierwszy z nich przyszedł prędko do siebie, jadł i poruszał się dobrze, a siódmego dnia zabity okazywał otrzewnę zupełnie lśniącą, gładką, w miejscu przypalenia termokanterem zaledwie ślad barwikowy, a przewiązkę w sieci, jakotéż szwy zamykające ranę brzuszną nigdzie nie przyrośnięte, tylko same w sobie zgojone.

Królik *b*) nie przychodził do siebie, posmutniał, nie jadł, unikał towarzystwa tamtych dwóch a nareszcie po trzech dniach zdechł. Sekcyja wykazała obfitą cuchnącą i mętną wypocinę, pomięszaną z oliwą, a w miejscach obrażeń jakotéż i na powierzchni całych jelit wybitne złogi włóknikowe.

Królik *c*) utrzymał się przy życiu i w dobrém zdrowiu podobnie jak i pierwszy i celem obejrzenia zmian w jamie brzusznéj został zabity w siódmym dniu po operacyi. Jama otrzewny próżna, ta ostatnia lśniąca i gładka, a tylko miejsca, w których dokonano urazu, poprzyrastane a mianowicie: sieć przyrosła pod wiązanym końcem swym do dolnego brzegu wątroby, jelita zaś skupiły się miejscami przyżegniętemi ku sobie i razem z dolną częścią szwu brzusznego, do którego przyrosły dosyć zbitemi włóknami tkanki łącznéj, stanowiły węzeł, który przy mocniejszém pociągnięciu zfolgował i tym sposobem dozwolił wystąpić kałowi, gdyż kiszka wstępująca była w miejscu przeżegniętém przedziurawiona i tylko przez zrosty w swéj funkcyi utrzymana.

Jakkolwiek z tych trzech doświadczeń dałaby się już wysnuć myśl, wyświecająca stosunki gojenia się obrażeń otrzewny i pewien kierunek zachowywania się operatora w obec nich, to jednakże postanowiłem dla dokładności wykonać jeszcze drugi szereg takich doświadczeń.

W tym celu otworzyłem w dniu 6go stycznia 1889 dalszym trzem królikom *d*) *e*) i *f*) w narkozie jamy brzuszne z zachowaniem ścisłéj antiseptyki i wykonałem wszystkim trzem jednakie obrażenia, mianowicie podwiązałem sieć, przyżegnąłem termokauterem kątnicę na przestrzeni jednocentówki i wyciąłem kawałeczek otrzewny wielkości fasoli z przedniéj ściany brzusznéj w oddaleniu 4 ctm. od brzegu rany brzusznéj; poczém zaszyłem jamę brzuszną dwurzędowym szwem nie wprowadziwszy królikowi *d*) nic do niéj, królikowi *e*) 50 gm. oliwy wyjałowionéj, królikowi zaś *f*) 60 gm. 3% rozczynu kwasu borowego (zazwyczaj przezemnie do przepłukiwania jamy otrzewnowéj używanego).

Królik *d* przyszedł wkrótce do siebie, ożywił się, jadł i skakał. Rana zgoiła mu się przez rychłozrost. Siódmego dnia zabito go a sekcyja wykazała otrzewnę połyskującą, gładką, sieć przyrośniętą podwiązanym swym końcem do śródjelicia czczego, miejsce przyżegnięte na kątnicy przyrośnięte łatwo oddzielić się dającemi zrostami do otrzewny ściennéj naprzeciw położonéj, gdy ranka w otrzewnie ściennéj po lewéj stronie położona zupełnie się zrosła i nabłonkiem pokryła.

Królik *e* posmutniał, stał się niespokojny i nie jadł. Trzeciego dnia rano zdechł. Sekcyja wykazała wypocinę szarą brudną, pomięszaną z oliwą i dużo złogów włóknikowych na otrzewnie a osobliwie w miejscach urazu, które nie były z sąsiedniemi organami zrośnięte.

Królik *f* stał się również smutny i nie jadł a trzeciego dnia rano zastałem go nieżywego z raną z opatrunku ogołoconą w jedném miejscu rozdartą i z jelitami zupełnie z brzucha wyrwanemi. Otrzewna była jeszcze gładka lecz mocno nastrzykana. Miejsce przeżegnięcia w kątnicy przedziurawione.

Rozglądnąwszy się w tych doświadczeniach widzimy, że obydwa króliki, u których oprócz urazów, naśladujących ciężką operacyję, nie użyto żadnych innych bodźców, zupełnie wyzdrowiały a nadto, że u jednego z nich nie wytworzyły się żadne zrosty. Natomiast zdechły szybko obydwa króliki z takiemi samemi urazami, którym wprowadzono do jamy brzusznéj po 50 gm. oliwy wyjałowionéj; z tych zaś dwóch którym wprowadzono po 60—100 gm. płynu mniéj lub więcéj obojętnego zdechł ten, któremu dostał się płyn więcéj drażniący (3% rozczynu boru) a pozostał przy życiu królik z obojętniejszym płynem; jednak płyn ten uległ wessaniu nie przeszkodził powstaniu zrostów i to znacznie silniejszych niż w innym razie.

Na podstawie tego pozwalam sobie uczynić wnioski:

1. Że płyny wodniste ulegają prędko wessaniu i nie zapobiegają zrostom, przeciwnie zdają się one sprawiać pewnego stopnia drażnienie w otrzewnie, które połączone z zadrażnieniem ciała obcego w jamie otrzewnowéj się znajdującego prowadzi do zrostów o wiele silniejszych i rozleglejszych, niżby ciało to samo mogło było wywołać.

2. Płyny, które bardzo trudno ulegają wessaniu, wprowadzone do jamy brzusznéj zapobiegają wprawdzie powstaniu zrostów w miejscach zranienia otrzewny, lecz natomiast wywołują takie drażnienie, że jego następstwem bywa zapalenie otrzewny śmiertelne.

3. Tylko powstrzymanie się od sprowadzenia wszelakich środków do jamy otrzewnowéj daje najmniejszy odsetek zrostów a najlepszy wyzdrowienia.

Jakkolwiek czuję, że, aby doświadczenia takie były zupełnie przekonywającemi, musiałyby być w większéj ilości i z większą rozmaitością dokonane, to jednak, pozostawiając ten rodzaj rozstrzygania kwestyi tym, którzy rozporządzają i lepszemi warunkami i większą ilością wolnego czasu, chciałem i tu znaleźć niejakie poparcie dla moich powyżéj wyrażonych przypuszczeń, że nie we wprowadzaniu jakichkolwiek środków do jamy otrzewnowéj a raczéj w tychże unikaniu szukać należy sposobów do zmniejszenia zrostów. Zupełnie im zapobiedz nie jesteśmy w stanie, gdyż to wynika z saméj natury rzeczy; lecz na pocieszenie i nas chirurgów i cierpiącéj ludzkości starałem się uwidocznić, że skutki przez nie wywoływane dają się względnie łatwo rozpoznać a w takim razie i skutecznie usunąć.

II. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Behring: **Przyczyna odporności szczurów na jad wąglika.**

Jak wiadomo należą szczury białe, od niejakiego czasu powszechnie do doświadczeń bakteryjologicznych używane, do zwierząt prawie całkowicie na jad wąglika odpornych.

Stare szczury znoszą wielkie ilości wstrzykniętych prątków wąglikowych bez szkody, a przyczyna odporności téj polega według badań B. na alkalicznėm oddziaływaniu surowicy krwi tych zwierząt. Surowica z krwi szczurzéj okazuje według badań tych blizko dwa razy silniejszy stopień oddziaływania alkalicznego niż surowica z krwi wołowéj, a na pożywce sporządzonéj z owéj surowicy hodowle wąglika nie udają się, chyba że taż dodatkiem n. p. kwasu szczawiowego złagodzoną zostaje. Chloroformowanie szczurów sprowadza znaczne osłabienie się oddziaływania alkalicznego surowicy do tego stopnia, że hodowle pomyślnym uwieńczone zostają skutkiem. Doświadczalnie przekonał się autor, że dodatkiem małéj ilości ługu sodowego (1:2400) do surowicy z krwi wołowéj również tęż nieprzydatną dla rozwoju wąglika uczynić można. Przyczynę odporności szczurów upatruje autor w obecności niezbadanych bliżéj zasad, które alkaliczność krwi sprawiają. *(Ctbl. f. klin. Med.* 1888, Nr. 38).

Dr. J. Karliński.

Grancher i Deschampes: **Badania nad zachowaniem się prątka duru brzusznego w ziemi.**

Autorowie stawili sobie następujące pytania: 1) czy prątek duru przechodzi przez ziemię i może dostać się na kilka metrów głęboko, t. j. dojść aż do wody gruntowéj; 2) jak długo prątki w ziemi zostają przy życiu; wreszcie 3) czy prątki mogą przejść do jarzyn, które rosną w ziemi zawierającéj te prątki. Aby na te pytania odpowiedzieć, napełniali G. i D. ziemią 3 rury długości 2·4m., na szczycie któréj umieszczali hodowle prątków Ebertha i podczas gdy ze zbiornika dochodziła do tych rur nieustannie woda sterylizowana, badali wodę odpływającą, jakotéż różne warstwy téj ziemi w rozmaitych wysokościach co do obecności prątków durowych. Oprócz zwykłych sposobów badania co do obecności prątków posługiwali się G. i D. nowym, przez siebie wynalezionym sposobem, polegającym na oddziaływaniu prątków, hodowanych na pożywce barwionéj. Sposób ten stanowi tylko zastósowanie spostrzeżeń, podanych przez Noeggeratha. Otóż w żadnéj z trzech rur, w których ziemia znajdowała się w różnych warunkach (zbita lub rozpulchniona, podlewana przed zaszczepieniem prątków lub nie), woda przesączona nie zawierała prątków Ebertha, a w głąb ziemi doszły te prątki najdaléj na 40 do 50cm. głębokości po pięciu tygodniach. W pięć i pół miesiąca po zaszczepieniu prątki duru są jeszcze żywe w głębokości 20—40cm., a więc zostają dłużéj przy życiu w ziemi, niż w pożywce wystawionéj na działanie powietrza atmosferycznego. Wreszcie skrzynię wypełnioną ziemią zasiewali autorowie nasieniem z jarzyn i podlewali ziemię wodą sterylizowaną zanieczyszczoną prątkami duru brzusznego. Miąższ roślin, które wyrosły, nie zawierał, jak późniejsze badania wykazały, śladu prątków durowych. (*Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1889. Tom I, str. 33—45). *A. B.*

Patologija.

Freund: **O akromegalii.**

Chorobę tę opisał pierwszy Marie w r. 1886, a od tego czasu ogłoszono 11 przypadków, które Erb zebrał i dodając przypadek obserwowany przez siebie podał dokładny opis téj ciekawéj choroby polegającéj, według opisu Erba, na przeroście odnóg tak górnych jak i dolnych, kości twarzy i jéj części miękkich, którym to objawom towarzyszy zanik lub zboczenia w gruczole tarczykowym, zachowanie (nawet w późnym wieku) i przerost grasicy i zajęcie *hypophysis cerebri* a nawet i przerost mózgu i wielu nerwów. Nierzadko występuje w przebiegu téj choroby przerost innych trzew, jak wątroby, nerek, serca itd. Etyjologija akromegalii jest zupełnie ciemną.

Autor miał sposobność przez lat 16 obserwować kobietę dotkniętą akromegaliją i on téż właściwie pierwszy, bo w r. 1872, podał opis tymczasowy tego przypadku pod nazwą *Makrosomia partialis*. Kobieta 34-letnia pochodzi z rodziców dobrze zbudowanych i posiada rodzeństwo również proporcyjonalnie zbudowane. Około 8 roku życia zauważono, że nogi i ręce szybciéj rosły niż reszta ciała, twarz miała być proporcyjonalna, a postawa ciała prosta. Gdy jednak w 14 roku chora zaczęła miesiączkować, niestosunek objętości odnóg i twarzy do ciała stawał się coraz widoczniejszy. W 20 roku miesiączka zupełnie ustała, a wyszedłszy w 22 roku za mąż pozostała dotąd bezdzietną i miała być dla aktu kopulacyi zupełnie obojętną. W skutek ciągle się powiększających rąk i nóg stała się ociężałą i niezgrabną i z powodu swéj dziwacznéj postaci przygnębioną i stroniącą od ludzi. Badanie szczegółowe w r. 1872 wykazało: silne wygięcie stosu pacierzowego ku tyłowi, twarz wiotka ku dołowi posunięta, szczęka dolna mocno powiększona, czaszka prawidłowéj wielkości; kości barków, ramion a szczególnie przedramion i rąk olbrzymie; taki sam stosunek w odnogach dolnych, t. j. najbardziéj powiększone są stopy i podudzia. Części miękkie okrywające wymienione części szkieletu są przeważnie silnie przerosłe, skóra gruba i pofałdowana. Gruczoł tarczykowy, sutki i części rodne prawidłowe. Z opisu podanego z téj saméj osoby z r. 1888 wynika, że odnogi przez 16 lat bardzo mało się zmieniły, a za to przerost szczęki dolnéj i górnéj wciąż postępował, funkcyje psychiczne choréj nie ucierpiały. Zastanawiając się nad chorobą opisaną przychodzi F. na podstawie długoletnich badań do następujących wniosków: Wszystkie zwierzęta od urodzenia do zupełnego wykształcenia organizmu nietylko rosną ale także postać ich się zmienia. Zmiana ta w postaci przychodzi do skutku przez niejednostajny wzrost poszczególnych części ciała. I tak podczas gdy w dziecięctwie u człowieka czaszka i tułów przeważają wielkością część twarzową i odnogi, te ostatnie w okresie drugiego zębowania i szczególnie w okresie rozwoju płciowego o wiele szybciéj wzrastają niż reszta ciała, co nadaje ciału odmienną właściwą postać. W przypadkach chorobowych normalny ten rozwój albo zanadto pozostaje w tyle, albo też do większych dochodzi rozmiarów, a w ostatnim razie rozwija się akromegalija. Jest rzeczą niemal pewną, że opisane zaburzenia w rozwoju stoją w związku ze zboczeniami w rozwoju płciowym i czynnościach płciowych. Prawdziwość swych przypuszczeń stara się F. dowieść licznemi pomiarami, które wykonał na dzieciach i osobach dorosłych, szczególnie na kobietach.

Wszystkie inne objawy, które występują w przebiegu akromegalii, uważa F. za następowe. Wygięcie stosu kręgowego ku tyłowi jest wypływem zwiększonego ciężaru głowy i ramion; przygnębienie umysłowe daje się wytłumaczyć świadomością kalectwa i niedomogą płciową; przerost części miękkich koło powiększonych kości tłumaczy się większym dowozem krwi do przerastających kości. Ten większy dowóz krwi, będący wynikiem rozszerzenia naczyń, uważa F. za bliższą przyczynę akromegalii. Zmiany w innych organach uważa autor za przypadkowe.

Czy i jaki zachodzi związek między akromegaliją a wymienionemi zmianami, znalezionemi przez innych autorów w grasicy i *hypophysis cerebri*, F. wcale nie wspomina. (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, 1889, Nr. 329 i 330).

A. B.

Grob: **O bradykardii.**

W przeciwieństwie do tachykardii, t. j. przyspieszenia tętna, nazywa G. powolne bicie serca bradykardyją. Ostatnia może być fizyjologiczną i patologiczną. G. zestawił 100 takich przypadków własnych, a 40 z literatury, najwięcéj spostrzegał ją u mężczyzn, między temi było 6 przypadków fizyjologicznych, 1 samoistny, 93 objawowych. Co do fizyjologicznego powolnego bicia serca zauważył, że są rodziny, w których serce nie uderza więcéj niż 50 razy na minutę, nie sprowadzając u nich żadnych objawów chorobowych; u jednéj pani widział zaledwo 36—40 uderzeń na minutę. Miała się ona zresztą zupełnie dobrze. Częste jest zwolnienie czynności serca u położnic. Olshausen szuka przyczyny tego w nagromadzeniu się tłuszczu we krwi. Samoistna łączy się z bólem głowy, dusznością, tętno może spaść wtedy do 12 uderzeń, zdaje się, że to jest nerwica serca. Bradykardyja objawowa jest bardzo częstą w przebiegu chorób zakaźnych, szczególnie podczas ozdrowin. Ze wszystkich chorób zakaźnych najczęściéj po durze, ztąd tak częste po téj chorobie napady podobne do padaczkowych, zawroty głowy, mdłości,

bóle głowy, napady udarowe itp. Na 140 przypadków była bradykardyja stałą, trwałą 28 razy, 112 razy była przemijająca. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 35). *Dr. H. K.*

Saenger (Hamburg): **Przypadek ostréj ogólnéj rakowicy.**

Pierwsze objawy, jakie u 35 letniego robotnika wystąpiły, były następujące: podwójne widzenie z powodu porażenia mięśnia odwodzącego, osłabienie wzroku aż do zupełnego oślepnięcia na prawém oku się wzmagające, powiększenie wszystkich gruczołów limfatycznych, rozszerzenie żył na dolnéj połowie mostka, w 25 dniu choroby swojéj umarł po trzy dni zaledwo trwającéj gorączce i majaczeniach. Sekcyja wykazała: guz w przedniém śródpiersiu składający się z małych guzków rakowatych, który tak był zrośnięty z żyłą bezimienną lewą, że do jéj światła sterczały jego części. W skutek tego utworzyły się przerzuty tysiączne na opłucny, wątrobie, osierdziu, jelitach, żołądku, przełyku i na oponie twardéj mózgu. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 46). *Dr. H. K.*

W. B. Hadden: **Zachowywanie się odruchów kolanowych w błonicy.**

Jest rzeczą dobrze znaną, że w porażeniach odnóg występujących po błonicy odruchy kolanowe są zniesione lub znacznie osłabione. H. zwraca uwagę na to, że dość często nawet w okresie ostrym błonicy, gdy istnieją jeszcze błony na migdałkach i podniebieniu miękkiém, odruchy kolanowe bywają zniesione, choć nie ma śladu porażeń. Zdaniem autora cierpi układ nerwowy w przebiegu téj choroby często, a objawia się to porażeniem rozmaitych mięśni a nawet mięśnia sercowego, albo jedynym objawem zaburzeń nerwowych jest zniesienie odruchu kolanowego. H. przypisuje temu objawowi pewne znaczenie rozpoznawcze, a w jednym niejasnym przypadku rozpoznał błonicę, gdzie obok bólu gardła i innych niepewnych objawów było zniesienie odruchów kolanowych. Oględziny pośmiertne potwierdziły to rozpoznanie. Objaw ten uwzględnić należy w rokowaniu i leczeniu. Zdaniem H. chory, który przebył błonicę, dopóty nie jest wolnym od niebezpieczeństwa porażeń, dopóki odruchy kolanowe są zniesione. (*The Lancet*, 1889, Nr. 1). *A. R.*

Farmakologija.

Kny (Strassburg): **O działaniu leczniczém hyoscynu.**

Podskórnie jako *hyoscinum muriaticum* podawano go w klinice psychijatrycznéj prof. Jollego 18 umysłowo chorym kobietom, 5 mężczyznom, przeszło 500 razy. W 80% sen po $^1/_4$ — $^1/_2$ godziny ogarniał chorych; zaledwo w 5% prób zawiódł. Uboczne objawy nie były wprawdzie nigdy zastraszające, w 6 jednak przypadkach musiano być z nim ostrożnym, u jednéj podnieconéj choréj wystąpiły zawroty głowy, nudności, bezsenność, u jednego paralityka wystąpiło typowe *delirium* kilka godzin trwające. Za radą Erba podawano go podskórnie przeciw kurczowi pisarskiemu i drżączce w dwóch przypadkach z dobrym skutkiem. Okoliczność, że nie zawsze można się spuścić na aptekarzy w przyrządzaniu rozczynów przeznaczonych do wstrzykiwań podskórnych, zmusiła K. do podawania hyoscynu wewnętrznie. W przeciągu roku podawał go w téj postaci 88 chorym około 3000 razy. Najlepiéj wtedy działał w *melancholia agitata*, w manii, w niedołęstwie porażennem, w okresie szczytu choroby, mniéj dobrze w obłędzie opilczym, psychozach padaczkowych. Zdaniem K. przyzwyczajają się do tego leku chorzy dość szybko. Najwyższa dawka, do jakiéj doszedł K., była 3mlgr. dziennie, zaczynano zwykle od $^3/_4$ — 1mlgr. na noc. Jeśli 3mlgr. dziennie wstrzyknięte okażą się bezskutecznemi, radzi K. już daléj go nie próbować. Do stosowania zaleca go taniość, zdolność zmniejszania wydzieliny gruczołów ślinnych i potów. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 50). *Dr. H. K.*

† Prof. Rosenbach na podstawie licznych doświadczeń gorąco zaleca wdechanie chloroformu w chorobach serca i płuc w tych przypadkach, gdzie środki narkotyczne nie przynoszą żadnéj ulgi. Szczególnie korzystném okazało się takie wdechanie w napadach duszności u chorych na rozedmę płuc, na rzeczywistą dychawicę sercową, w napadach kaszlu u suchotników, a nawet podczas czkawki. Autor otrzymywał także bardzo dobre skutki, nacierając wrzody gruźlicze krtani rozczynem chloroformu we wodzie.

† Prof. Bozzolo zakomunikował Akademii lek. w Turynie wyniki badań klinicznych studenta Pesce nad **fenacetiną**. Fenacetina wydziela się z organizmu drogą moczu w postaci kwasu paramidofenilsiarkowego. Jest ona silnym środkiem obniżającym ciepłotę. Najlepszą dawką jest 0,5grm., po któréj obniża się ciepłota o 2 — 3°C., jak po zadaniu 1grm. antipyryny lub 0,25 grm. antifebryny. Obniżenie ciepłoty zaczyna się w 30 — 40 minut po podaniu lekarstwa i dosięga *maximum* po $3^1/_2$—8 godzinach. Nadto jest fenacetyna dobrym środkiem przeciwgośćcowym i przeciwnewralgicznym. Przyjmowana nawet w ciągu 60 dni po 3grm. dziennie nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na organizm. (*Wracz*, 1889, Nr. 1).

† *The British Medical Journal* ostrzega lekarzy przed nowym środkiem obniżającym ciepłotę, pirydyną, ze względu na jego własności trujące. Środek ten może być używany tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy wszystkie inne środki zawiodą, a nadto tylko w bardzo małych dawkach i w znacznych odstępach czasu. (*Wracz*, 1889, 1).

† Lekarze amerykańscy leczą z dobrym skutkiem błonicę alkoholem. Tak Dr. Chapman używał tego środka w ciągu 17 lat i na 125 przypadków jeden tylko zakończył się śmiercią. (Oprócz alkoholu stosował on jeszcze chinin). Alkohol podawał on od samego początku choroby co godzina. (*Wracz*, 1889, 1).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Ziemssen: **Sposoby fizyczne leczenia przewlekłych chorób żołądka i jelit.**

W miarę jak z biegiem czasu metoda rozpoznawania klinicznego coraz więcéj zaczęła się ulepszać a chemija na polu nauki lekarskiéj coraz szersze zakreślać koła, nikł zwolna ogromny obszar nieżytów i wrzodów żołądka a natomiast uwydatniała się coraz wyraźniéj nerwowa przyroda wielu chorób żołądka i jelit. W miarę téż tego zwracano się coraz częściéj do fizycznych metod leczenia i rozszerzono zakres ich wskazań do ogromnych już dzisiaj rozmiarów. W obręb fizycznych metod leczenia wchodzi, jak wiadomo, elektryzowanie, mięsienie, gimnastyka i dziwnym trafem tu zaliczona hydroterapija. Doświadczenia na zwierzętach pouczyły, że za pomocą prądu elektrycznego jesteśmy w stanie wywołać skurcz mięśni żołądka i jelit i że przy jednakowéj gęstości i sile prądu stopień skurczu i czas jego trwania w prostym pozostaje stosunku do wielkości przekroju elektrod i czasu działania prądu. Daléj, że tymże prądem jesteśmy w stanie zmienić pobudliwość nerwów czuciowych, wydzielniczych i naczynioruchowych i wpłynąć przez to na wydzielanie soku żołądkowego. Na dwojakiéj drodze możemy przeprowadzić prąd elektryczny na ściany żołądka a to albo za pośrednictwem nn. błędnych lub przez powłoki brzuszne. (Elektrodzie sondowéj nie przypisuje autor znaczenia). Przy bezpośredniém działaniu prądu na ściany żołądka kurczy się tenże w miejscu działania elektrody w postaci pierścienia, pionowo do podłużnéj osi jego przebiegającego i to tak pod wpływem prądu stałego jak i indukcyjnego, przy pierwszym najsilniéj na miejscu działania katody przy zamknięciu, przy drugim na miejscu bieguna dodatniego przy otwarciu prądu. Najczulszą jest okolica odźwiernika. Wydzielanie soku żołądkowego dopiero po dłuższym czasie działania prądu się zwiększa. Błona śluzowa z początku blednieje, późniéj barwi się żywo różowo. Doświadczenia te ze zwierząt na człowieka tém bardziéj przenieść możemy, ile że zostały one przez Regnarda i Loyego na skazańcu, a przez autora i innych na materyjale klinicznym sprawdzone i wypróbowane. Ponieważ siła zadziałania prądu na żołądek przez powłoki brzuszne stoi w prostym stosunku do wielkości elektrod, sporządził autor jeszcze w r. 1885 dwie elektrody o przekroju 600 względnie 500kw.cm., z których większą stosuje na ścianę brzuszną w kierunku od odźwiernika do dna, drugą zaś od dna do kręgosłupa. Prąd przy tak wielkiéj powierzchni elektrod musi być naturalnie silny i przy zamknięciu przerywanego a zmianie kierunku stałego wywoływać kurcze mięśni brzusznych i lędźwiowych.

W ten sposób elektryzując wywołuje się najpierw przyjemne uczucie ciepła i świeżości, które nawet przez pewien czas po otwarciu prądu pozostaje. Dalszém następstwem jest uczucie głodu, a chorzy, którzy całemi miesiącami uczucia

tego nie znali, po metodycznem elektryzowaniu jedzą i trawią należycie. Każde posiedzenie radzi autor zakończyć elektryzowaniem brzucha, piersi i grzbietu za pomocą suchéj szczotki, co cieleśnie i psychicznie przyjemnie pobudza i orzeźwia. Elektryzowanie przedsiębierze autor na pół godziny przed obiadem, właśnie ze względu na wzmożony po elektryzowaniu apetyt. Samo przez się rozumie się, że i przy tym sposobie leczenia na dyjetę baczne należy zwrócić oko.

Wskazania do leczenia elektrycznego stanowią w pierwszym rzędzie cały zastęp najróżnorodniejszych zaburzeń w czynności żołądka, w które neurastenija i hysteryja tak obfituje. Przeczulica żołądka na tle czynników mechanicznych powstała, a tu należą pionowe ustawienie żołądka, częściowe przyrośnięcie do otaczających go trzew brzusznych, blizny po zagojonych wrzodach itd., ustępuje pod wpływem prądu elektrycznego, mimo że czynniki te nadal istnieją. W tych przypadkach mamy do czynienia z wygórowaną pobudliwością nerwów czulnych i wydzielniczych, które już na słabe zadrażnienie, jak np. na mało znaczące błędy w dyjecie a nawet na samo trawienie, oddziaływają silnemi napadami bólów i objawami niestrawności. W przypadkach rozstrzeni żołądka nauczyło doświadczenie mniéj zawierzać prądowi elektrycznemu, jakby się to zdawało na podstawie teoretycznego zapatrywania. W razie niedowładu mięśni żołądka lub częściowego ich zaniku można jeszcze nie złych rezultatów wyczekiwać. Jeżeli jednak przyczyna rozstrzeni leży w zwężeniu odźwiernika wtedy jest jedynie ręka chirurga potrzebną.

Działanie prądu elektrycznego na jelita jest podobne do działania na żołądek. Elektrod używa autor takich samych jak do elektryzowania żołądka i stosuje silne prądy (prąd przerywany 4—5cm. odległość cewki, stały 4 M. A.). Uczucie przyjemnego ciepła podczas i po elektryzowaniu, pobudzenie ruchów robaczkowych jelit, wzmożone wydzielanie soku jelitowego a prawdopodobnie także trzustkowego i żółci są następstwem działania prądu elektrycznego. Wskazania stanowią: uczucie pełności i wzdęcia, które dla hypochondryków, neurasteników a często i dla lekarza w wysokim stopniu są nieprzyjemne, daléj także stany osłabionéj inerwacyi i częściowego zaniku mięśni i błony śluzowéj jelit, pociągające za sobą nawykowe utrudnienie wypróżnienia.

Przechodząc do masowania nie odmawia autor pewnéj wartości masowaniu żołądka w postaci silnego głaskania (*effleurage)* w kierunku od dna do odźwiernika, jakto szkoła Metzgera wykonywa. Daleko jednak większe znaczenie przypisuje autor masowaniu brzucha w przewlekłych zaburzeniach w trawieniu jelitowém i utrudnionych wypróżnieniach. Sam sposób masowania ma wielkie znaczenie. Głaskanie chociażby i silne powłok brzusznych nie wystarcza, trzeba się starać, o ile naturalnie napięcie ścian brzusznych na to zezwala, ująć i ugniatać wielkim palcem jednéj i resztą palców drugiéj ręki samo jelito. Przy najmniejszém podejrzeniu owrzodzenia lub nowotworu jelit rękoczyn ten jest naturalnie przeciwwskazany. W przypadkach niedomogi ruchowéj i wydzielniczéj jelit, wywołującéj wzdęcia, zaparcia stolca, okresowe napady kolki jelitowéj a powstającéj często na tle zwężeń w miednicy małéj i uciskania na kiszkę stolcową, masowanie w połączeniu z gimnastyką, pracą w ergostacie Gärtnera i przyrządzie wiosłowym Sachsego okazuje się bardzo skutecznem. Mechanicznie utrudniony ruch jelit przez zrosty splotów kiszek między sobą i z otaczającemi trzewami brzusznemi, lekkie zasznurowania i zgięcia jelit stanowią także wskazania do masowania.

Postępowanie termiczne, czyli t. zw. hydroterapija, jest ważnym czynnikiem w leczeniu przewlekłych chorób żołądka i jelit. Obok codziennych mokrych nacierań, jednogodzinnych zawijań w koce z następném zastósowaniem zimnego natrysku i półkąpieli o oznaczonéj ciepłocie, podnosi autor szczególnie wartość t. zw. natrysków szkockich, które jak wiadomo, składają się z natrysku zimnego i gorącego (12°—30°), naprzemian zmienianego. Właśnie zmiana ta drażnienia termicznego stosowana wprost na powłoki brzuszne wzmacnia i pobudza trzewa brzuszne.

W tekscie przytacza autor kilka bardzo pouczających przypadków, na które jednak brak miejsca w szczupłych ramach sprawozdania. (*Ziemssen klin. Vorträge.* 12. Vrtg.).

Dr. W. Momidłowski.

Chirurgija.

Docent Landau (Berlin): **O przerywanéj puchlinie nerek.**

L. przedstawiając przed 8 laty przypadek przerywanéj puchliny nerek, *hydronephrosis intermittens*, przypuszczał, że ta choroba jest nadzwyczaj rzadką. Obecnie zmienia L. zdanie podówczas wypowiedziane, bo w ostatnich latach miał sposobność widzenia 3 podobnych przypadków, które obecnie zestawia. W jednym z nich rozpoznanie wahało się między torbielem jajnika a guzem wieńcogłówkowym wątroby; po dwukrotném nakluciu strzykawką Pravaza, które nie dało należytego wyobrażenia o przyrodzie guza, przystąpiono do operacyi. Jakież było zdziwienie, gdy tuż przed zrobieniem cięcia w powłokach brzusznych guz znikł. Myślano w pierwszéj chwili, że guz pękł, i treść jego wylała się albo do jamy otrzewnowéj albo do dróg naturalnych. Tymczasem ani jedno ani drugie nie nastąpiło, chora oddała tylko po obudzeniu się ze snu chloroformowego nie zwykłą ilość moczu. Chora zgłaszała się potém jeszcze kilka razy z wybitną puchliną nerki prawéj, która jednak każdym razem sama się wypróżniała, aż wreszcie raz, gdy nakłócie strzykawką wykazało treść ropną, przystąpił L. do wytworzenia przetoki moczowodowéj w powłokach brzusznych, z którą chora już 8 lat żyje. W innym przypadku znikła opuchlina nerki prawéj w oczach L. u kobiety ciężarnéj, w pierwszych miesiącach ciąży, wśród dalszych już się nie powróciła. Dalsze dwa przypadki nie przedstawiają nic szczególnego. L. zastanawiając się nad możliwą przyczyną przerywanéj puchliny nerek, przypuszcza zgięcie, skręcenie i kątowate przyczepienie się moczowodu, sprzeciwia się stanowczo twierdzeniu Küstera, który utrzymuje, że przyczyną puchliny nerek jest ropne zapalenie miedniczek nerkowych z następowém wpochwieniem się błony śluzowéj moczowodu, gdyż we wszystkich swoich przypadkach mógł L. przez nakłucie robione w pierwszych okresach tworzenia się puchliny, wykazać czystą treść guza. W rzadkich tylko przypadkach może się sprawdzić zapatrywanie Virchowa, jakoby istniała przeszkoda w budowie błony śluzowéj moczowodu w postaci jéj fałdu, klapa ta bowiem zatkawszy raz ujście moczowodu do pęcherza nie pozwoliłaby nigdy na wypróżnienie się guza, można zatém myśleć o niéj tylko w puchlinie nerek stałéj. L. zastanawiając się w dalszym ciągu nad leczeniem téj choroby poleca założenie przetoki moczowodowéj w powłokach brzusznych i następowe sondowanie moczowodu po dostateczném zmniejszaniu się worka puchlinowego. Doświadczał on sposobu tego trzy razy, w dwóch wynik był dobry. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 47 i 48). *Dr. H. K.*

R. W. Butz: **Przyczynek do statystyki laparatomii w Rosyi.**

Autor zestawia operacyje wykonane w ciągu r. 1884 przez Dra Reiera w chirurgicznym oddziale Maryjskiego szpitala w Petersburgu. Wykonano mianowicie 13 laparatomij: w czterech przypadkach wycięcia torbieli jajnikowych, przyczém tylko jedna operowana umarła po kilku dniach z grużlicy: trzy przypadki wycięcia torbieli skórzakowych, z których jeden z wynikiem śmiertelnym z powodu zapalenia otrzewny; dwa przypadki myomotomii z zupełném wyzdrowieniem; jeden przypadek hysteromyotomii całkowitéj z wynikiem śmiertelnym z powodu gnilnego zapalenia otrzewny; jeden przypadek wyłuszczenia włókniaka więzu szerokiego; wreszcie jeden przypadek niezupełnego wycięcia nowotworu jajnika, w tym przypadku nastąpiła śmierć z powodu nawrotu. (*Chirurgiczeskij Wiestnik* 1888, str. 682). *A. W.*

P. J. Multanowski: **O operacyjach wrośniętego paznokcia.**

W celu usunięcia przykrego wrastania paznokci, zwłaszcza u nóg, używa się albo paliatywnych środków jak wypalenia, środków ściągających, podkładania waty itd. lub doszczętnych tj. częściowego lub całkowitego zdjęcia chorego paznokcia. Autor podaje sposób, jakiego używał z doskonałym skutkiem przy usuwaniu chorego paznokcia, nawet wówczas, gdy tylko jedna jego strona była zajętą. Wprowadzał on mianowicie zwykłą łopatkę pod paznokieć, tuż pod wewnętrzną jego powierzchnię koło linii środkowéj. Następnie

przesunął łopatkę do brzegu chorego, a ztąd do zdrowego. Ten ostatni przytrzymywał silnie wielkim palcem prawéj ręki i wyważał paznokieć od zdrowego brzegu ku choremu. Operacyja ta rozpada się zatém na 4) momenty: 1) Wpychanie łopatki ku macicy paznokcia, 2) przesunięcie ku choremu brzegowi, 3) ku zdrowemu i 4) wyważenie od zdrowego ku choremu brzegowi. Zalety tego sposobu są następujące: 1) szybkość wykonania nadzwyczajna, 2) prostota przyrządów, 3) brak krwawienia, 4) łatwość zalapisowania obu brzegów w celu usunięcia na zawsze wrastania paznokcia i 5) wygodne usunięcie paznokci zwyrodniałych w postaci kopyt lub szponów. *(Wracz* 1888, Nr. 50). *A. W.*

Walzberg (Minden): **Przyczynek do dyjagnostyki guzów w jamie brzusznéj.**

Przypadki, które W. opisuje, należą niewątpliwie do rzadkich. Jedynie Aronson w swojéj rozprawie inauguracyjnéj opisuje przypadek, w którym w przebiegu duru brzusznego przyszło do zropienia torbiela jajnika. W. miał sposobność spostrzegać taki przypadek przez cały ciąg duru, po skończonéj chorobie wykonał owaryjotomiję, zakończoną całkowitém wyleczeniem choréj. W jednym przypadku, w którym rozpoznanie było niepewne, wykonał nakłucie guza w jamie brzusznéj; wypuścił do 100 gr. płynu w celu badania chemicznego i drobnowidowego. Nazajutrz po nakłuciu zauważono wybitną żółtaczkę, guz znikł, natomiast można było przez badanie fizyczne wykazać wolny płyn w jamie brzusznéj. Nie ulegało wątpliwości, że wylała się treść torbiela do jamy brzusznéj, zmieszana z krwią ulegała resorbcyi i sprowadziła żółtaczkę *(icterus haematogenes).* W 4 tygodnie potém guz wrócił, wykonano owarijotomiję, poczém chora stanowczo wyzdrowiała. Szczególnie ciekawy jest trzeci przypadek. W dwa miesiące po wycięciu mięśniaka śródmiąższowego trzonu macicy wystąpiły objawy *poliomyelitis anterior subacuta* (rozpoznana przez neuropatologa); choroba jednak rdzenia nie postąpiła (od r. 1884) lecz skończyła się zupełném wyzdrowieniem po odpowiedniém leczeniu elektryczném. Ponieważ kiłę, chorobę zakaźną, przeziębienie i inne zwykłe przyczyny *poliomyelitis* na pewne można było wykluczyć, przypuszcza W. jakiś związek między obydwiema sprawami, którego jednak nie podaje; zostawia to neuropatologom do rozstrzygnięcia. (*Berl klin. Woch.* 1888, Nr. 50). *Dr. H. K*

W. Roger Williams: **Jak długo trwa życie w obec raka sutka.**

Astley Cooper zajmując się tą kwestyją przyszedł do przekonania, że rak sutka zabija przeciętnie po czterech latach trwania. Paget natomiast jest tego zdania, że u osób, które się poddały operacyi, życie trwa 38·5 miesięcy, podczas gdy osoby nieoperowane umierają już w 29tym miesiącu choroby. Will. zestawia statystykę chorych, leczonych w ostatnich sześciu latach w Middlesex Hospital, z któréj wynika, że osoby cierpiące na raka sutka i operowane z tego powodu żyją średnio 60·8 miesięcy, podczas gdy chore, które się nie poddały operacyi, żyją tylko 44·8 miesięcy. W ogóle rak sutka zabija względnie późno, mniéj lub więcéj tak pózno jak rak wargi dolnéj, podczas gdy życie w raku języka trwa przeciętnie 18 miesięcy, przy raku macicy 24 miesiące, a w raku odbytnicy 27 mies. W tablicach statystycznych, które autor do pracy swéj dołącza, znajdujemy dokładniejsze zestawienie sześćdziesięciu przypadków. W trzech nieoperowanych przypadkach nastąpiła śmierć przed upływem sześciu miesięcy, w jednym, w którym wykonano operacyję, życie trwało 27 miesięcy. Ciekawe również jest statystyczne zestawienie 46ciu przypadków operowanych, ze względu na czas pojawienia się nawrotu choroby. W trzech przypadkach wystąpił nawrot przed upływem trzech miesięcy, w ośmiu przypadkach upłynęło więcéj niż 52 mies. od operacyi do nawrotu. Przeważną ilość nawrotów zauważono w 1szym i drugim roku po rękoczynie. W powyższéj statystyce miesiąc ma 28 dni. (*The Lancet* II. 1889). *A. R.*

Choroby krtani.

O'Dwyer (New-York): **O intubacyi krtani.**

Ponieważ z różnych stron różne ogłoszono doniesienia o sposobie Dwyera, widzi się autor nowego postępowania w obec zwężeń w krtani zmuszonym do ogłoszenia wyników w niemieckiém czasopiśmie. Jeszcze w lipcu z r. zebrał Brown 27% uratowanych chorych na 860 przypadków leczonych przez 65 operatorów intubacyją, Waxham w Waszyngtonie 26%; w tym samém mieście mieli niektórzy na 30 przypadków zaledwo jeden korzystny. Te odmienne wyniki nie powinny nikogo odstraszyć, zdarzają się i najbieglejszym chirurgom seryje przypadków, w których nacięcia tchawicy nie wiele korzystniéj wypadają; on sam miał 15 przypadków dławca krtani, gdzie ani jeden się nie utrzymał przy życiu, mimo dość wcześnie wykonanéj tracheotomii. Na podstawie wielkich statystyk przypada zaledwo 24% utrzymanych przy życiu po tracheotomijach. Statystykę intubacyi obciąża jeszcze i to, że wykonywa się ją wtedy, kiedy już tracheotomii wykonać nie można: D. radzi ćwiczyć się poprzednio na trupie w wprowadzeniu rurek właściwych. Jeśli bowiem ktoś należytéj wprawy poprzednio na trupie nie nabędzie, tak aby wprowadzenie ich nie trwało więcéj niż 5 sekund, to niejedno dziecko padnie ofiarą niedoświadczenia, zanim jedno zostanie uratowane. Sam D. przyznaje, że nacięcie tchawicy, wykonane przez początkującego, jest dla chorego o wiele bezpieczniejsze niż wykonanie intubacyi przez tego samego lekarza początkującego. Ważną okolicznością obciążającą intubacyję jest ta okoliczność, że jeżeli dziecko umrze wśród nacięcia tchawicy, wina nie tak duża spada na lekarza, jak gdy dziecko umrze wśród intubacyi; gmin powiada, „że lekarz dziecko zadusil". (*Deutsches med. Woch.* 1888, Nr. 46). *Dr. H. K.*

Choroby oczne.

M. Migaj: **Mięsienie w chorobach oczu.**

Dzięki Dondersowi (1872) mięsienie zostało wprowadzone do praktyki oftalmicznéj. H. Pagenstecher głównie był zwolennikiem mięsienia w terapii ocznéj. Na niego to, jako też na Hünerfautha, Schenkla, Danzigera, Heisratha itd. powołuje się nasz autor, który miał sposobność zastosować mięsienie oczu u 97 młodych szeregowców. Wyniki jego są następujące: 1) Mięsienie powinien robić sam lekarz. Najlepiéj mięsić środkowym palcem, którego koniec jest szerszy niżli wskaziciela. Mięsienie robi się 2 razy dziennie przez 1—6 minut: przy zmętnieniach rogówki, wylewie krwi i ropy do komórki oka. 3) Mięsienie bywa trojakie: suche, wilgotne i farmaceutyczne. Przy pierwszém odbywa się tylko palcem, bez wkładania środków do worka spojówkowego. Przy drugiém wkładamy do spojówki jakiś tłuszcz, najlepiéj tran. Chcąc zastosować 3ci rodzaj mięsienia, używamy maści z żółtéj rtęci, jodoformu, jodolu jodku potasu i t. p. 4) Przy wylewach krwi i ropy do komórki przedniéj oka skuteczniéj od wszystkich innych środków działa wilgotne mięsienie, wessanie odbywa się dość szybko. Przy owrzodzeniach i zmętnieniach rogówki mięsienie wilgotne niczém się nie różni od innych środków drażniących. 5) Przy tych ostatnich pożyteczniéj używać mięsienia farmaceutycznego. Lecznicze jego działanie M. tłumaczy wpływem wilgotnego przytém mięsienia oraz drażniącém działaniem leków. 6) Przy zapaleniach rogówki mięsienie pogarsza tylko stan choroby oka. 7) M. ani razu nie widział tych świetnych i prędkich rezultatów mięsienia, o jakich wspominają H. Pagenstecher i Schenkl. Dla wessania plam rogówki potrzeba robić mięsienie dość długi czas: od 8—10 miesięcy, poczém pacyjenci opuszczali lazarety zawsze z łekkiém jeszcze zmętnieniem błony rogowéj. Zauważył nawet autor, że przy znaczniejszych zmętnieniach rogówki, mięsienie oka z czasem zaczyna okazywać mało skuteczności, rogówka, że się tak wyrazić, przyzwyczaja się do mięsienia, a następnie łatwo można wywołać zapalenie rogówki, a nawet rozmiękczenie plamy. W takich razach pożytecznie jest naprzemian stosować mięsienie z innemi drażniącemi środkami. 8) Przekrwienie spojówki zwykle bywa po mięsieniu nieznaczném, objawia się ono czasem dość prędko. (*Wracz* 1888, Nr. 48 i 49). *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Prof. Zaufal (Praga): **O prątku Friedlaendera jako przyczynie ostrego zapalenia ucha środkowego.**

Już w r. 1887 był autor w stanie wykazać prątek F. jako czystą hodowlę w wydzielinie wydobytéj przez prze-

kłucie błony bębenkowéj w przypadku ostrego pierwotnego zapalenia ucha środkowego. Pytanie, czy prątek Fr. może sprowadzić zapalenie ucha środkowego, można uważać za rozstrzygnięte dodatnio, odkąd Weichselbaum w Wiedniu w przypadku, w którym ten prątek stanowczo wywołał najprzód *rhinitis*, następnie *otitis media*, zapalenie okostny wyrostka sutkowego, zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj szyi a narzeszcie zakażenie ogólne, był w stanie wykazać drobnowidowo wspomniany prątek w zapaleniem dotkniętéj tkance błony bębenkowéj. Dalszemu wymaganiu bakteryjologii, aby można było wywołać ostre zapalenie ucha środkowego za pomocą czystéj hodowli tego drobnoustroju, przeniesionéj na błonę śluzową jamy bębenkowéj u zwierząt, uczynił również Z. w ostatnim czasie zadosyć przez przeszczepianie na błonę bębenkową świnek morskich. Na posiedzeniu Towarz. lek. niem. w Pradze z d. 26 października br. opisał Z. szczegółowo własności morfologiczne i chorobotwórcze tego prątka i okazał odpowiednio preparaty drobnowidowe i dotyczące rysunki. (*Internat. klin. Rundschau*, 1888, Nr. 46). *Dr. R. Spira.*

Położnictwo.

Nikitin: O sposobach cucenia pozornie umarłych noworodków.

Autor podaje krótki rys obecnego stanu téj kwestyi z dołączeniem swoich własnych doświadczeń, robionych w tym kierunku. Najstarszym, prawie przedhistorycznym jeszcze sposobem jest ożywianie pozornie umarłych noworodków za pomocą wdmuchiwania powietrza do płuc, albo wprost ustami albo téż za pomocą rurki. Autor używa nieco odmiennego sposobu; wprowadza on rurkę tylko do korzenia języka i, naciskając nią język, ułatwia dostęp powietrza do płuc; po kilkakrotném wdmuchiwaniu przy zamkniętych nozdrzach zamyka ręką na pewien czas i otwór ustny dziecka. Przed wdmuchiwaniem oczyszcza jamę ustną palcem i wyciąga ciała obce, wysysając je za pomocą rurki. Drugim sposobem ożywiania, który jest rozpowszechnionym, lecz w ostatnich czasach wywołał niektóre zarzuty, jest sposób Schultzego, który jest prawdziwie heroicznym. Nadto trzeba przy tym sposobie wykonać do 50 wahań, ażeby otrzymać wynik zadowalający, podobne zaś silne ruchy mogą być szkodliwemi dla organizmu dziecka i w niektórych razach sekcyja wykazała uszkodzenie narządów wewnętrznych. Ostatecznie przychyla się on do wdmuchiwania, połączonego ze sposobem Schultzego, tak że przed wdmuchiwaniem robi się jeden wydech metodą Schultzego, a po oczyszczeniu jamy ustnéj wdmuchuje się powietrze. (Żurnał akuszerstwa i żenskich bolieznie j. T. III, Nr. 1). *A. W.*

Choroby dzieci.

Prof. Jaksch (Grac): O chorobach nerek u dzieci.

Uproszony przez komitet zjazdu ostatniego niemieckich lekarzy, referował J. razem z prof. Hagenbachem o cierpieniach nerek u dzieci. W wykładzie swoim poruszył J. następujące kwestyje:

Czy istnieje u dzieci podobnie często jak u starych białkomocz z gorączki (*albuminuria febrilis*)? Podczas gdy będąc jeszcze asystentem w klinice Nothnagla znajdował w 35% przypadków biako w moczu w przebiegu gorączki u starszych osób, to obecnie u dzieci mógł je w 19% tylko wykazać. Przyczynę tego niestosunku na korzyść dzieci upatruje J. w szkodliwościach, na jakie narażają starsi ludzie swoje nerki (wyskok), które niewątpliwie sprowadzają zmiany patologiczne w przybłonkach cewek.

Podczas gdy u ludzi starszych zapalenie nerek ostre, rozwijające się po przeziębieniu skóry, zazwyczaj przechodzi w stan przewlekły, to na podstawie własnego doświadczenia twierdzi J., że podobne zapalenie nerek z przeziębienia u dzieci zdarzać się może, że jednak kończy się po jednorazowém nasileniu, nie wracając nigdy. Przypadki takie są rzadkie, ale się zdarzają. Sam J. widział 4 tego rodzaju przypadki. W moczu tych dzieci można było zawsze wykazać mikroorganizmy, jednakowoż nie takie, aby je można uważać za choroborodne. W dalszym wywodzie utrzymuje J., że prątki, jakie Letzerich wykazał w swoich przypadkach *nephritis infectiosa*, nie są jedynemi, które zapalenie ostre nerek u dzieci wywołać mogą.

Jeżeli u dziecka w przebiegu gorączki zjawia się białko w moczu, wstrzymujemy się zazwyczaj od podawania nowszych leków przeciwgorączkowych (kwas salicylowy, salol, antifebryn, talina), które zawierają składniki, działające szkodliwie na nerki. Jdąc za radą J. robił w tym kierunku badania asystent jego Schrack i przekonał się, że ilość białka w moczu dzieci dotkniętych białkomoczem wcale się po tych lekach nie zwiększa; co się tyczy salicylanu sodowego, to zdaje się J., jakoby przez podawanie go w przebiegu płonicy nietylko choroba sama łagodniéj i korzystniéj przebiegała, ale że nawet już rozwinięte zapalenie nerek popłonicowe prędzéj i pomyślniéj się kończyło. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 40 i 41). *Dr. H. K.*

Choroby kiłowe.

Ziemssen: Kiła układu nerwowego.

Liczne prace w ostatnich dwóch dziesiątkach lat starały się bliżéj wyjaśnić stosunek i znaczenie kiły dla układu nerwowego. Wyniki tych prac zbiera autor w jednym ze swych wykładów. Mózg i rdzeń z ukrywającemi je błony jak również cały układ nerwów obwodowych mogą być siedzibą zmian kiłowych.

W mózgu zmiany te usadawiają się w oponie twardéj i miękkiéj, w naczyniach i w saméj istocie mózgowéj. Zapalenia kiłowe opon przedstawiają obraz rozlanego przewlekłego zapalenia a charakterystyczne objawy stanowią ból głowy z największém wśród nocy nasileniem, bezsenność, niezdolność myślenia, osłabienie pamięci, halucynacyje i iluzyje i ogólne podniecenie. Jeżeli późniéj tworzą się kilaki na oponach, do tych objawów przyłącza się jeszcze częściowe i całkowite porażenie połowicze lub monoplegije stosownie do tego, gdzie kilaki na oponach się usadowiły. — Kilaki w saméj istocie mózgowéj wywołują najrozmaitsze objawy stosownie do usadowienia się, a więc porażenie ruchu i czucia, zaburzenia w mowie, osłabienie pamięci i inteligencyi, napady epileptoidyczne i udarowe, ból głowy. Zbiór objawów kilakami mózgowemi wywołanych nie ma nic charakterystycznego i odrębnego od obrazu klinicznego na tle innych nowotworów w mózgu się rysującego i rozpoznanie kilaków tylko po wykazaniu przebytéj kiły jest możebne. Zmiany kiłowe w naczyniach mózgu nazwą *endarteriitis syphilitica* objęte mają się według autora usadowiać przeważnie w obrębie tęt. podstawowéj i naczyniach kory mózgowéj, podczas gdy t. z. zmiany starcze po większéj części obszaru tęt. zatoki Sylwiusza się trzymają. Z uwagi, że tętnica podstawowa mózgu wysyła gałązki do rdzenia przedłużonego, mostu Warola i móżdżku, objawy przy jéj zwężeniu lub zamknięciu często są bardzo gwałtowne i zawsze niebezpieczne. Zaczopowanie tych gałązek wywołuje zaburzenia w oddychaniu, połykaniu, artykulacyi mowy, czynności serca, regulacyi ciepła, sprowadza polyuryję i porażenia dróg ruchowych. Stosunek kiły do porażenia ogólnego postępowego trudno dziś jeszcze ściśléj określić, tyle jednak zdaje się być pewném, że kiłą dotknięci stanowią przeważny procent w szeregu paralityków. Aby jednak kiła więcéj do porażenia ogólnego usposabiała aniżeli wybryki *in Baccho et Venere*, nie zdaje się być prawdopodobném. W kwestyi przez Fourniera zaprowadzonego podziału porażenia ogól. postęp. na rzeczywiste i pseudoporażenie kiłowe stoi Z. po stronie autorów niemieckich, podział ten odrzucających.

W rdzeniu pacierzowym zmiany kiłowe podobnie jak w mózgu zająć mogą opony i sam rdzeń. W pierwszym przypadku powstaje obraz kliniczny zwykłego przewlekłego zapalenia opon rdzenia pacierz. i jedynie równocześnie w mózgu objawiające się zmiany kiłowe mogą uwydatnić rozpoznanie właściwéj natury tego zapalenia. Kilaki opon rdzeniowych należą do rzadkości, podobnie jak kilaki i w ogóle kiła kręgów. Zwyrodnienia naczyń rdzeniowych są także znane i opisane. W saméj istocie rdzenia sprawa kiłowa wywołuje zmiany zapalne, które według Rumpfa tem od niekiłowych mają się różnić, że nie prowadzą do ropienia i rozmiękczenia i przedstawiają raczéj obraz kliniczny nowotworu

rdzenia a więc objawy podrażnienia a następnie częściowego porażenia. Względem znaczenia kiły w etyjologii uwiądu rdzenia autor podziela zdanie badaczy, przyznających jéj ważną rolę w tym kierunku.

Nerwy obwodowe mogą być także sprawą kiłową dotknięte. Znane są kilowe zapalenia nerwów, nerwobóle, neuralgije głowy, zwłaszcza w pewnéj ściśle określonéj okolicy; n. wzrokowy nie rzadko jest także siedzibą kiły.

Rokowanie w kile układu nerwowego, zwłaszcza we wczesnych okresach, nie jest co do życia niepomyślne, gorsze jednak co do zupełnego wyzdrowienia.

Leczenie przeciwkiłowe należy w każdym przypadku podejrzanéj nawet tylko kiły stosować, a jako środek próbny jod może oddać bardzo dobre usługi. (Volkmanna *Klin. Vorträge*). *Dr. W. Momidłowski.*

Choroby nerwowe.

Benedict: **Torticollis (szyja skośna).**

Przyczyna powstania téj choroby dwojaka a bardzo różna pod względem znaczenia, rokowania i sposobu leczenia. 1. Zmiany anatomiczne ogniskowe w ośrodkach nerwowych, np. po udarze mózgowym. 2. Jeżeli tę przyczynę można wykluczyć, to prawie zawsze B. uważa szyję skośną za nerwicę odruchową. Ale ognisko odruchu nie zawsze daje się wykryć. Ponieważ zmiany są obustronne, po jednéj skurcz i przerost mięśnia, po drugiéj porażenie i zanik, więc źródło choroby musi być ośrodkowém. Odruchy patologiczne, które pochodzą z obwodowych nerwów czuciowych, wtenczas tylko pojawić się mogą, jeżeli te nerwy równocześnie nie są zajęte bólem dobrowolnym, np. newralgiją. Dla czego jednak mimo nieprzerwanego związku między nerwem czuciowym obwodowym a istotą szarą nie powstaje zawsze odruch po podrażnieniu, pozostawia B. rozstrzygnięciu fizyjologów. Daleko więcéj zajęcia budzi sposób leczenia téj choroby, tak często świetnym uwieńczony skutkiem. W przypadkach świeżych: injekcyja podskórna 2% kw. karbol. w okolicy mięśnia zajętego, galwanizacyja, faradyzacyja, pomazanie nastojem jodowym. W przypadkach zadawnionych, lub jeżeli poprzednie środki zawodzą, poleca B. gorąco operacyję: naciągnięcie nerwu odpowiedniego, a dopiero teraz skutkują poprzednie zabiegi. Wreszcie wskrzesza B. dawniéj poleconą metodę leczenia kurarą, nietylko w obec szyi skośnéj lecz i w innych postaciach kurczowych, jak *Blepharospasmus*, *Tic douloureux*, *Chorea major*, w niektórych przypadkach uporczywego dzwonienia w uszach, które ma pochodzić od kurczu mięśnia napinającego błonę bębenkową. (*Wien. med. Presse*, 1889, Nr. 4). *Dr Buzdygan.*

Medycyna sądowa.

Prof. Olshausen: **O trwaniu ciąży ze stanowiska sądowo-lekarskiego.**

Gdy w Cesarstwie niemieckiém zanosi się na ułożenie nowego kodeksu cywilnego, Towarzystwo położniczo-ginekologiczne w Berlinie w obecności prawników kompetentnych zastanawiało się nad kwestyją powyższą. Olshausen przedstawił rzecz, o którą się rozchodzi. §§ 1467 i 1572 projektu wspominają o „czasie zastąpienia“, co wychodzi na jedno o trwaniu ciąży. Dziecko ślubne uważa się za małżeńskie, jeżeli poczęte zostało śród małżeństwa, chyba jeżeli małżonek wypiera się spółkowania w terminie, który projekt ustawy oznacza między dniem 180 a 300ym; i dla wdów termin nie trwa nad dzień 300ny, podczas gdy w prawie pruskiém dotąd oznaczony jest dzień 302i. Za dziecko żywo urodzone uważa się takie dziecko, które oddychało, bez względu na to, czy jest zdolném do życia. Otóż nie ulega wątpliwości, że dziecko urodzone w 180 dni po poczęciu, może oddychać, ale i dzieci urodzone po 170 a nawet po 160 dniach oddychać mogą, termin więc poczęcia dla żywo urodzonych dzieci oznaczono za późno. Inaczéj miałaby się rzecz, gdyby chciano uwzględnić zdolność do życia; wtedy termin dni 180 okazałby się za krótkim, ponieważ nieznany jest przypadek, aby dziecko urodzone w 26 tygodni po poczęciu, utrzymało się przy życiu. Lecz prawodawca pomija w zupełności zdolność do życia, ponieważ zdania co do zdolności do życia są bardzo sprzeczne, a pozostawiłoby się znawcom zupełną dowolność. Granica górna (dni 300) jest za krótka, bo nie ulega wątpliwości, że zdarzają się przypadki ciąży, trwającéj dni 310, a nawet 320. Takie same wyjątki zdarzają się u klaczy i krów: u pierwszych ciąża zwykle trwa dni 300 do 340, a wyjątkowo 365, u ostatnich zwykle 280, a wyjątkowo 321. Z tych powodów radzi O., aby zamiast dni 180 i 300 oznaczono w kodeksie dni 160—165 i 320—325. (*Centr. f. Gynäk.*, *W. med. Bl.*, 1889, Nr. 3). *L. B.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 grudnia 1888 r.

Przewodniczący Dr. Ziembicki. Obecnych członków 30.

Od sekretarza kol. Wiczkowskiego otrzymujemy następujące uzupełnienie (p. Nr. 6 Przegl. Lek. str. 71).

Kol. Pisek zaznacza, że stan, który dla jednego indywiduum już jest chorobliwym, dla drugiego należy jeszcze do objawów normalnych. Dotyczy to przedewszystkiém pojęcia „zatkania stolca“. Stąd i zasada terapeutyczna, aby w leczeniu zaparcia stolca ściśle indywidualizować. Że istotnie zatkanie stolca w bardzo wielu przypadkach nie sprowadza złych następstw widać i ztąd, że przy obdukcyjach nader wyjątkowo napotykamy zmiany zapalne w zgięciach jelita grubego, pomimo że chroniczne zaparcie stolca, nawet u chorych szpitalnych, należy do objawów nadzwyczaj częstych. Niestosunek ten jest zbyt rażący, iżby mógł być pominiętym. Następnie wyjaśnia kol. Pisek znaczenie zaparcie stolca w błednicy, która często ustępuje, skoro wypróżnienia zostały uregulowane, bez użycia środków żelezistych. Wreszcie uzupełnia kol. P. wykład kol. Cz. przytaczając szereg innych metod, poczęści mechanicznych, usuwających zatkanie stolca.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 3cie z dnia 16 stycznia 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 32.

1) Przewodniczący wita zgromadzonych dłuższą przemową, składając imieniem Towarzystwa ustępującemu prezesowi i wydziałowi podziękowanie za trudy około Towarzystwa położone. W następstwie porusza również kwestyję prowadzenia dyskusyi nad odczytami, któraby uczyniła zadość jednemu z głównych celów Towarzystwa, t. j. dała sposobność odniesienia korzyści naukowych, szczególnie młodszym kolegom. Na zakończenie dziękuje zgromadzonym za zaufanie i jednomyślność, z jaką go na przewodniczącego obrali.

2) W miejsce zapowiedzianego odczytu kol. Browicza mówi kol. Krokiewicz „O niedrożności jelit u płodów“. (Rzecz ta niezadługo umieszczoną będzie w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi oznajmia kol. Obaliński, że przed 2ma tygodniami operował chorego, u którego uchyłek Mekella drożny dla palca wskazującego, a około 7—8 ctm. długi, od górnéj części jelita biodrowego do pierścienia pępkowego dochodzący i z nim ściśle złączony, dał powód do okręcenia się około niego pętli jelita cienkiego. — Kol. Rydygier operował 10 dniowe dziecko, u którego skutkiem przebytego w łonie matki zapalenia otrzewny nastąpiło zamknięcie światła kawałka jelita. Część tę kol. Rydygier wyciął; dziecko zabiegu nie wytrzymało i zmarło w parę godzin po operacyi. — W ożywionéj nadzwyczaj dyskusyi biorą jeszcze udział kol. Mars, Browicz, Porębowicz, przewodniczący i prelegent.

Skutkiem spóźnionéj pory zapowiedziane odczyty koll. Pieniążka i Obalińskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz *Dr. Bukowski.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rozporządzenie Ministerstwa sprawiedliwości z d. 11 grudnia 1888 r.
L. 21459

W sprawie rozpowszechnienia obowiązkowéj rewakcynacyi, względnie wakcynacyi we wszystkich zakładach karnych.

Ze względu na wielkie niebezpieczeństwo, które przy wybuchu ospy w zakładzie karnym, gęsto zaludnionym, wywołane zostaje tak dla karańców, jakoteż dla urzędników i dozorców,

a wreszcie dla otoczenia zakładu, na podstawie orzeczenia Najwyższej Rady zdrowia Ministerstwo sprawiedliwości rozporządza co następuje:

1. Odtąd każdy karaniec przybywający do zakładu, jeżeli tylko stan zdrowia jego na to zezwala, ma być zaraz poddany szczepieniu, a jeżeli już był szczepiony, rewakcynacyi.

2. Do szczepienia i rewakcynacyi używać należy wyłącznie limfy zwierzęcéj.

3. Śród szczepienia i rewakcynowania należy trzymać się ściśle przepisów antiseptyki.

4. Jeżeli w miejscu, gdzie znajduje się zakład kary lub w jego otoczeniu, ospa występuje epidemicznie, wszyscy karańcy w zakładzie znajdujący się, którzy przy wstępie nie zostali szczepieni lub rewakcynowani, jakoteż wszystkie osoby w zakładzie służbę pełniące, poddać się winni szczepieniu a względnie rewakcynacyi.

Śmiertelność dzieci kiłowych. Le Pileur (Paryż) wykazuje, że śród ludności paryskiéj 14% ciężarnych jest zarażonych kiłą, oraz że ze 100 dzieci urodzonych z matek kiłowych zaledwie 7 pozostaje przy życiu. Na 64,657 noworodków rocznie w Paryżu 9051 pochodzi od matek kiłowych, a z tych bywa 8418 poronionych lub martwo urodzonych. Rocznie ginie najmniéj 13% dzieci. *Gazette Médicale* nie zgadza się wszakże z tą statystyką. (*The Lancet* 1889, Styczeń). *Dr. Smoleński.*

(†) Prof. Mallet zbadał działanie przymięszanego często do chleba ałunu na organizm i uznał go za szkodliwy. Ałun, ulegając rozkładowi wobec fosforanu wapna i dwuwęglanu sodu, również przez piekarzy używanych, zamienia się zdaniem Malleta we wodnik i fosforan glinowy, a oba te połączenia przeszkadzają trawieniu, pochłaniając wolny kwas solny i strącając nietylko pepsynę, lecz i niektóre organiczne składniki pokarmów.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lutego. Na posiedzeniu d. 8 b. m. odbytém Wydział lekarski na wniosek dziekana uchwalił jednogłośnie prosić Ministerstwa Oświecenia o systemizowanie w Wydziale zwyczajnéj katedry higijeny i wyposażenie zakładu, odpowiednio do wymogów tegoczesnych. Podobno p. Minister już dawniéj, mając sobie zwróconą uwagę na brak zakładu higijenicznego w Galicyi, miał oświadczyć gotowość urządzenia zakładu, jeżeli się znajdą kandydaci, zdolni do kierowania takowym. Wydział w przedstawieniu swojém nie omieszka wskazać, że obecnie mamy kilku młodszych lekarzy, specyjalnie higijeną zajmujących się i w świecie naukowym już zaszczytnie znanych, a nie wątpimy, że p. Minister, który tyle już złożył dowodów życzliwości dla kraju i uniwersytetu naszego, zechce uczynić zadość prośbie Wydziału i zaskarbi sobie ponownie wdzięczność kraju. W każdym razie atoli, jakikolwiek będzie los tego przedstawienia, Wydział wywiązał się z ważnego obowiązku i sprawy téj już z oka nie spuści.

* Rada m. Krakowa na posiedzeniu w d. 7 bm. odbytém uchwaliła założenie „pracowni chemicznéj m. Krakowa“ celem zaprowadzenia dokładnéj kontroli pokarmów i wyrobów przemysłu chemicznego; pracownia istnieć będzie przy Muzeum techniczno-przemysłowém; chemik miejski pobierać będzie 840 złr. rocznie oraz połowę należytości za badania płatne, podlega on fizykowi miasta; do nadzoru pracowni ustanowi się komisyję, w skład któréj wchodzić będzie delegat komisyi sanitarnéj, delegat komisyi przemysłowéj, dyrektor muzeum, fizyk miejski i osoba zawodowa z poza grona Rady. Na urządzenie pracowni wyznacza się jednorazowo 1140 złr., na utrzymanie pracowni zaś 1500 złr. na rok pierwszy, na przyszłość koszta utrzymania pracowni uchwalać będzie Rada na wniosek sekcyi V.

* Bawił tu przez dni kilka kol. Chłapowski z Poznania, członek redakcyi „*Nowin Lekarskich*“, których właśnie wyszedł Nr. 2, pod względem doboru treści i redakcyi w niczém nie ustępujący Nrowi 1.

* Dr. Odo Bujwid z Warszawy miał wczoraj w sali ratuszowéj w obec licznie zebranéj publiczności na korzyść bratniéj pomocy uczniów Uniw. Jagiell. wykład na temat: „Mikrobija w usługach lecznictwa, leczenie wścieklizny sposobem Pasteura“.

* Pewien obywatel tutejszy zajmuje się hypnotyzowaniem podobno urządza jakieś posiedzenia z demonstracyjami hypnotycznemi, a chodzą wieści, że do tych doświadczeń używa uczniów, mieszkających u niego a przez nieobecnych rodziców w opiekę mu powierzonych. Wprawdzie dowiadujemy się, że władze odpowiednie mają sobie już zwróconą uwagę na tego niepowołanego hypnotyzera, i nie wątpimy, że spełnią energicznie obowiązek swój, jeżeli sprawdzą, że rzecz się ma w istocie tak, jak głoszono, i przedewszystkiém uchronią dzieci małoletnie od prób, które zdrowiu ich fizycznemu i umysłowemu szkodzić mogą. Gdy wątpliwości już nie ulega, że doświadczenia hypnotyczne dla organizmu wcale nie są obojętne, władze polityczne w niektórych miastach niemieckich słusznie zakazały podobnych prób, przez nielekarzy robionych. U nas, o ile wiemy, podobne zakazy jeszcze ogłoszone nie zostały, jednak istnieje paragraf kodeksu karnego, pod który w danym razie niepowołane takie doświadczenia podciągnąć można. § 343 k. k. z r. 1852 orzeka bowiem: „Kto, nie otrzymawszy wykształcenia lekarskiego i bez upoważnienia prawnego do leczenia chorych jako lekarz lub chirurg, „leczeniem zajmuje się z rzemiosła, a w szczególności „zajmuje się stósowaniem magnetyzmu zwierzęcego „lub żywotnego lub znieczulaniem za pomocą pary eteru, „dopuszcza się przekroczenia, i w miarę długości czasu, przez „który niedozwolone to zatrudnienie praktykował, i w miarę „szkody, którą przez to zrządził, karany będzie ścisłym aresztem „od 1—6 miesięcy; w razie, jeżeli z przewinienia jego wynikła „śmierć człowieka, karany będzie według § 335 (od 6 miesięcy „do 1 roku)“. Nadto orzeka § 344, że jeżeli winny nie jest krajowcem, wtedy po odbytéj karze wydalony będzie ze wszystkich krajów koronnych cesarstwa. Wprawdzie w kodeksie, ogłoszonym w r. 1852, nie mogło być mowy o stosowaniu hypnotyzmu, ale sądzimy, że zmiana nazwy rzeczy saméj nie zmienia. Ponieważ zaś mogłaby zachodzić wątpliwość, gdyby się chciano trzymać wyrazu a nie ducha ustawy, obowiązkiem staje się władz politycznych, aby idąc w téj mierze w ślad niemieckich, ogłosiły zakaz stósowania hypnotyzmu dla osób niepowołanych, które pojęcia nawet o tém nie mają, że igraszką tą zrządzić mogą szkodę niepowetowaną, a wydanie zakazu takiego staje się tém naglejszém, o ile się rozchodzi o zdrowie dzieci i obronę rodziców, którzy z największém zaufaniem posyłają dzieci swoje do szkół, a zapewne nie życzą sobie, aby poza szkołą służyły niepowołanemu do niebezpiecznych doświadczeń. Niechętnie podnosimy głos przeciw szalbierstwu, w jakiéjkolwiek postaci ono się objawia, bo wiemy z doświadczenia, że podobne przedstawienia ze strony lekarskiéj niestety skutek miewają przeciwny, gdyż maksyma starodawna: *mundus vult decipi* z postępem czasu i oświaty nic nie straciła na walorze; jednak w danym razie, gdy się rozchodzi o dobro dzieci, których rodzice są nieobecni, poczytujemy sobie za święty obowiązek nie poprzestać na „*decipiatur*“, lecz wskazać złe i żądać usunięcia go.

* W Bazylei odbędzie się w miesiącu wrześniu rb. międzynarodowy Zjazd fizyjologów. Dla urządzenia tego Zjazdu, mającego się rozpocząć d. 10 września, wybrano komitet międzynarodowy, w którym reprezentują Austro-Węgry prof. Exner w Wiedniu i prof. Hering w Pradze, Niemcy zaś proff. Heidenhain w Wrocławiu i Hensen w Kielu, do których zamierzający wziąść udział w Zjeździe fizyjologowie lub reprezentanci gałęzi spowinowaconych z fizyjologiją, zgłosić się mogą.

* Dermatologowie niemieccy i austryjaccy zawiązali „Towarzystwo dermatologiczne niemieckie“, które rok rocznie pod czas Zielonych Świątek odbywać będzie Zjazdy swoje. Wydział tymczasowy Tow. składa się z prof. Picka (w Pradze) jako przewodniczącego, prof. Neissera (we Wrocławiu) jako sekretarza, z prof. Lippa (w Gracu) jako skarbnika, wreszcie z proff. Casparego (Królewiec), Doutrelepontа (Bonn), Kaposiego (Wiedeń), Lewina (Berlin) i Neumanna (Wiedeń).

Rosyja. Znana sprawa Dra Chackielewicza weszła w inną fazę: z rozporządzenia Senatu zwrócono takową kijowskiéj Izbie sądowéj z poleceniem, żeby wpierw orzekła Rada lekarska, czy Dr. Ch. dopuścił się błędu lekarskiego.

(†) Z czasopism rosyjskich. Ubiegły tydzień zaznaczył się w rosyjskich sferach lekarskich trzema ważnemi zdarzeniami. Pierwszém było otwarcie w Petersburgu trzeciego zja-

zdu rosyjskich lekarzy. Zgromadzeni wybrali jednogłośnie przewodniczącym znanego prof. Erismana, którego 20-letnią działalność na polu naukowém i społeczném oceniono należycie i urządzono mu wspaniałą i serdeczną owacyję. Sekretarzem zjazdu został Dr. Uwarow. Urządzenie zjazdu jest nader efektowne; między innymi zaproszono także ambasadorów. — Drugim z rzędu wypadkiem jest wystawa hygijeniczno-lekarska, urządzona nader sumiennie i starannie. — Nakoniec donoszą, że naczelnym dyrektorem Departamentu Medycznego został Dr. L. Rogozin, sympatycznie znany specyjalista w psychijatryi i obrońca instytucyi lekarzy ziemskich. Zarazem został prof. Dr. Suszczyński mianowany naczelnym kierownikiem wszystkich kaukazkich miejsc kąpielowych.

Obywatel Pułtawskiéj gubernii Ugreczyn-Trebiński ofiarował Petersburskiéj Duchownéj Akademii swe dobra Pułtawskie i kapitały wartości 20,000 rubli z tym warunkiem, żeby corocznie podczas wakacyj pięciu chorych studentów znajdowało tam wytchnienie i odpoczynek.

Wydział lekarski w Dorpacie nagrodził złotym medalem prace studenta Grünfelda p. t.: O zmianach rdzenia pacierzowego pod wpływem sporyszu i studenta Wilbuszewicza za histologiczno-chemiczne zbadanie żółtéj skóry chinowéj. Tenże Wydział przysądził połowę nagrody Heimbürgera (255 rubli) prof. Gustawowi Bungemu w Bazylei za dzieło pt.: *Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie.*

† **Niemcy.** Maks. Wolz w Bonnie wynalazł nową lampę dla zajęć mikroskopowych. Urządzenie jéj polega na prawie fizycznem zupełnego odbicia światła. Światło od lampy przeprowadzone do mikroskopu przez laseczkę szklaną, nie ulega wcale rozpraszeniu z powodu całkowitego odbicia od powietrza. Zalety téj lampy polegają na tém, że daje ona światło bardzo silne, lecz zarazem przyjemne dla oczu. Nadto siłę światła łatwo regulować można. Otrzymać ją można w Monachijum u Gümbela Türkenstrasse Nr. 40. Lampa przystósowana dla nafty kosztuje 15 marek, dla gazu 20, a dla gazu z cialem w nim rozżarzoném według sposobu Auera 35 marek.

† **Anglija.** Właściciele czasopisma „*The Lancet*" zobowiązali się ofiarować corocznie najmniéj 300 f. szterl. na wsparcie i pożyczki bezprocentowe dla zubożałych lekarzy i ich rodzin. Wspaniałomyślna ta szczodrość jest łatwą do zrozumienia wobec faktu, że same inseraty przynoszą więcéj dochodu, niż kosztuje prowadzenie wspomnianego dziennika.

(x) W Nrze 5tym *Lancet* z r. b. znajdujemy opis dwóch nowych przyrządów, ułatwiających w wysokim stopniu lekarzom, zbytnio praktyką zajętym, ogłaszanie swoich spostrzeżeń i myśli. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że z każdym dniem pojawia się coraz więcéj prac klinicznych, opartych na rozległém doświadczeniu, z drugiéj jednak strony jest rzeczą pewną, że bardzo wiele cennych spostrzeżeń nie ogląda nigdy światła dziennego dla tego, że lekarze cieszący się dużą praktyką, a więc i doświadczeniem, dla braku czasu nie mogą ogłaszać swoich myśli, któreby mogły być dobrą wskazówką dla pracowników teoretycznych. Z tego wypływa, że lekarze nie mający praktyki nie piszą, bo nie mają co pisać, lekarze zaś ciągle zajęci i mający dużo spostrzeżeń i myśli nie piszą, bo nie mają czasu. Ażeby tym ostatnim ułatwić przelewanie myśli swoich na papier wymyślono dwa przyrządy, z których jeden nosi nazwę Grafofon a drugi Stenotyp. Grafofon jest bardzo podobny do fonografu; zostaje w ruch wprawiony podobnie jak maszyna do szycia. Do otworu przykłada się usta i donośnym głosem powierza się przyrządowi wszystkie myśli, których dla braku czasu nie można wprost spisać, a które na walcu obracającym się odpowiednio urządzonym zostają ustalone. Po ukończeniu artykułu wyjmuje się walec i posyła pocztą do osobnego urzędu; gdy walec zostaje znowu włożony do grafofonu, z którego wychodzą dwie rury idące podobnie jak w obuusznym stetoskopie do uszu urzędnika. Przyrząd znowu w ruch wprawiony powtarza teraz cały artykuł, który można spisać. Przyrząd ten nie jest jeszcze wydoskonalony i trzeba pewnéj wprawy, aby go dokładnie zrozumieć. Myślano również o tém, ażeby przyrządu tego użyć do praktyki konsyliarnéj. Wątpliwe objawy przysłuchowe serca, jak szmery niepewnego pochodzenia, mógłby jeden lekarz posyłać drugiemu gdzieś bardzo daleko mieszkającemu, zamiast go trudzić długą podróżą, i w ten sposób lekarz włożywszy sobie do uszu obie rurki grafofonu słyszałby szmery sercowe swojego chorego i mógłby nawet niepewną rzecz rozstrzygnąć. *Lancet* przyznaje jednak, że dzisiejsze przyrządy nie są w stanie naśladować dokładnie odcieni tonów lub szmerów. Drugi przyrząd „Stenotyp" nie jest dokładnie znany. Wynalazca jego p. Guest nie chce zdradzić tajemnicy. Przyrząd ten zapisuje znaki zrozumiałe tylko dla wtajemniczonego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Hermann Kraus z Rzeszowa, Elijasz Albert Süsskind z Krakowa i Tadeusz Jan Teodorowicz z Podwerbiec w Galicyi.

Nekrologija. W Sarapule gub. symbirskiéj zmarł Dr. K. Królikowski, 67 lat liczący, urodzony w Lubelskiem. W mieście tém służył od r. 1847 i zyskał prawdziwy szacunek, ostatniemi czasy wybrano go nawet honor. sędzią pokoju i prezesem ziemskiego Zarządu.

Piśmiennictwo lekarskie. Zakład dyjetetyczny Dra Skorczewskiego w Krynicy. Kraków, 1889, w 8ce, str. 24.

Na podwalinie fizyjologii odżywiania, dzięki usiłowaniom szkoły monachowskiéj, wzniesiono prawie w oczach naszych, wspaniały gmach nowoczesnéj dyjetetyki i higijeny leczniczéj wspólną pracą najznakomitszych klinicystów, lekarzy szpitalnych i higijenistów naszego wieku [1]). Marzenia angielskich i francuskich inicyjatorów dyjetetycznego leczenia stały się rzeczywistością, dyjetetyka wysunęła się w dzisiejszéj dobie na naczelne stanowisko z pośród gromady różnoimiennych leków i metod leczniczych. Zarówno ścisły badacz jak i zwykły *formularum medicarum praescriptor* przyznaje chętnie, że podstawą leczenia chorób przewlekłych jest higijena i dyjeta. W pewnych przypadkach dyjetetyka skutecznie wspiera niezbędne z innych względów zabiegi lecznicze, w innych znowu racyjonalna dyjeta jest treścią leczenia, właściwém leczeniem.

O ile znaczna liczba chorób przewlekłych bierze początek z wadliwego sposobu żywienia się, o tyle pożywienie w rękach umiejętnego lekarza bywa środkiem leczniczym pierwszorzędnego znaczenia. Przeważnéj części uporczywych schorzeń towarzyszą zboczenia w odżywieniu jako istotne objawy chorobowe. Usunięcie zaburzenia odżywczego, dziś śmiało można to wyrzec, tyle znaczy co wyleczenie choroby, a jeżeli pewnego schorzenia całkowicie się nie usuwa, to przynajmniéj czyni się znośnym byt chorego nieuleczonego, niekiedy zaś wyrównanie zboczeń odżywczych uszczęśliwia zrozpaczonego pacyjenta dobrodziejstwem zdolności do pracy.

Leczenia dyjetetyczne nie zapuściły u nas silnych korzeni. Rutyna przemaga, bo sposoby żywienia w chorobach rzecz zaiste nie łatwa. Zasady dyjetetyki napotykały u nas w zastósowaniu na wielkie trudności, a to z braku specyjalnych zakładów dla leczeń dyjetetycznych [2]).

W domu trudno bardzo, najczęściéj wręcz niepodobna, wykonać przepis dyjetetyczny z możliwą ścisłością, będącą warunkiem skuteczności leczenia za pomocą dyjety. Osoby otaczające chorego nie mają, bo mieć nie mogą, potrzebnych wiadomości do zrozumienia drobiazgowych szczegółów żywienia chorego, cała zaś dyjetetyka z drobiazgów się składa. Powtóre chory w swoich „czterech ścianach" bywa zawsze panem sytuacyi, według jego życzeń układa się codzienne życie, jest zatém powagą dla otaczających, lubo do samego siebie nie ma ufności, gdyż sam nie wie co począć. Całkiem inaczéj się dzieje w zakładach specyjalnie urządzonych dla metodycznych leczeń. Tutaj celem wszelkich zabiegów zarządu i służby bywa najskrupulatniejsze wykonanie przepisanego sposobu leczenia. Porządek dzienny, zaprowadzony przez lekarza kierującego, jest podstawą zaleconego postępowania, którego to porządku nikt nie ośmieli się naruszyć, a tém mniéj zmienić. Jedyną powagą dla wykonawców tych lub owych szczegółów jest kierownik zakładu.

---

[1]) Bauer: *Krankenernährung und diätetische Heilmethoden*, 1883. Uffelmann: *Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen*, 1887. — [2]) Na wzmiankę zasługują prace dwóch polskich lekarzy w zakresie dyjetetyki szpitalnéj: Orłowskiego (Tablice żywienia chorych przedstawione na Wystawie higijenicznéj w Berlinie 1883) i Nenckiego (Projekt żywienia chorych w szpitalach warszawskich. *Gaz. Lek.*, 1884, Nr. 10).

On rządzi, on rozkazuje, na niego też spada cała odpowiedzialność za wszystko złe.

Myśli tu wyrażone uwydatnił Dr. Skórczewski w małéj książeczce; na 24 stronnicach zdołał wyłożyć w sposób prosty i przystępny cele i zadania współczesnéj dyjetetyki, wymienił rozmaitego rodzaju sposoby żywienia chorych i opisal dyjetetyczne leczenie kilkunastu chorób.

Z przyjemnością dowiadujemy się z broszurki o otwarciu w dniu 15 maja br. specyjalnego zakładu dla leczeń dyjetetycznych w Krynicy. Autor pierwszéj „dyjetetyki“ w języku polskim, wydanego w r. 1879, a więc w czasie, gdy leczenia za pomocą dyjety nie cieszyły się jeszcze w Niemczech uznaniem, daje wszelkie rękojmie, że zakład pod jego kierownictwem umiejętnie i praktycznie się rozwinie ku istotnemu pożytkowi chorych. Będzie to zasługą Dra Skórczewskiego, jeżeli tyle skuteczne leczenia dyjetetyczno-higijeniczne rozpowszechnią się w kraju naszym. Ubolewać atoli wypada, że zakład otwarty będzie w zwykłéj tylko porze zdrojowéj, od 15 maja do 30 września, gdy tymczasem liczne tego rodzaju zakłady zagraniczne są używane przez rok cały. Lekarze nasi w ogóle, osobliwie zaś uczniowie profesorów Baranowskiego i Korczyńskiego, chętnie powitają nowy zakład i niezawodnie popierać go będą w przeświadczeniu o zbawiennych skutkach umiejętnego żywienia chorych. Dr. S. nie szczędził nakładów i trudów, aby swój zakład postawić na wysokości tegoczesnych wymagań a przekonałem się naocznie o niezbędnych w takich zakładach higijenicznych i gospodarczych urządzeniach. *Lutostański.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lekarskich* Nr. 2: Karlińskiego: Przyczynek do etyjologii posocznicy noworodków (c. d.); Matlakowskiego: Przypadek ropnia przeponowego (dok.); Smoleńskiego: Hydroterapija chorób rdzenia pac.; Szumana: Wysięk gruźliczy jamy brzusznéj; Wicherkiewicz: O wartości i sposobach wypłukiwania komórek ocznych (dok.); Stana. Przyp. bezgłosu u dziewczynki. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Obalińskiego: Uwagi nad czasową resekcyją szczęki dolnéj, dokonywaną w celu wycięcia n. żuchwowego; Matlakowskiego: Przyczynek do chirurgii żołądka (c. d.); Kucharzewskiego: O przesięku do kiszek pod wpływem soli przeczyszczających (dok.). — W *Medycynie* Nr. 6: Jaworskiego: Z dyjagn. i terapii chorób żołądka (c. d.); Krajewskiego i Wróblewskiego: Rak krtani (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 bm. o godz. 6éj wieczór **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Gluziński mówić będzie o powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 23 Lutego 1889. Nr. 8.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 31 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 31, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przypadek gastroenterostomii, z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu [1])

podali

Prof. Rydygier i doc. Jaworski z Krakowa.

Wyniki ciężkich zabiegów chirurgicznych na narządach wewnętrznych zwykle oceniają według tego, jak długo one zdołają utrzymać operowanego przy życiu. Nie mniéj ważném jest przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych poznanie, w jaki sposób narząd sztucznie zmieniony swą czynność wykonywa, jakotéż w jaki sposób zmieniona jego funkcyja wpływa na czynność innych narządów. W tym kierunku przedsięwzięte badanie niżéj opisanego przypadku raka odźwiernika, operowanego w tutejszéj klinice chirurgicznéj, może się przyczynić do bliższego poznania znaczenia gastroenterostomii, podanéj przez Wölflera w r. 1881 (*Centralbl. f. Chir.* 1881, Nr. 45).

Maciej Wojtoń l. 60, żonaty, gospodarz ze Siedlca, powiatu Sędziszowskiego. Rodzice jakotéż trzej z rodzeństwa mieli umrzeć w wieku podeszłym. Co do przyczyny ich śmierci chory nie umie podać bliższych szczegółów. Sam pacyjent przebył w 30 roku życia jakąś gorączkową chorobę, w któréj tracił przytomność. Obecna choroba rozpoczęła się przed rokiem w ten sposób, że chory w krótkim czasie po zjedzeniu czegokolwiekbądź doznawał bólu i uczucia ciśnienia w okolicy żołądka, a określa ten stan tak, że mu się zdawało, jakoby mu się coś w żołądku roiło. Jadał coraz mniéj z powodu zmniejszającego się łaknienia i bólów po jedzeniu i począł opadać na siłach. Ponieważ, jak twierdzi, od miesiąca „nic na dół nie przepuszcza“ a po napełnieniu żołądka pokarmami uczuwa bóle w dołku podsercowym, przeto wywołuje sobie sztucznie wymioty za pomocą palca wsuniętego do połyku. Wydostające się wówczas pokarmy są zupełnie nie strawione, pomimo że kilka godzin od spożycia tychże upływa. Wymiotów dobrowolnych chory nie miewał. Stolec bywa bardzo skąpy, twardy i ciemny, występuje co trzy dni lub rzadziéj. Chory czuje się obecnie bardzo osłabiony.

[1]) Przedstawiono chorego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 6 lutego 1889 roku.

Badanie uskutecznione w dniu 15 grudnia 1888 wykazało: Błony śluzowe jakotéż skóra bardzo blade i suche, przyskórek łuszczy się szczególniéj na odnogach, na stopach daje się wykazać nieznaczny obrzęk, podściółki tłuszczowéj brak, a mięśnie nadzwyczaj wiotkie. Słuch na uchu prawém od kilkunastu lat upośledzony. Gruczoły karkowe po stronie lewéj jakotéż pachwinowe po obydwu stronach macalne. Język nie obłożony. Granica wypukowa płuc sięga po stronie prawéj w linii sutkowéj do 7go, a po stronie lewéj do dolnego czwartego żebra Wypuk w szczycie prawym stłumiono-bębenkowy. Wydech na całéj przestrzeni płuca prawego z tyłu szorstko-pęcherzykowy z licznemi furczeniami. Tętno wolne, uderzeń 60, tętnice sprychowe łatwo dają się ucisnąć. Uderzenie koniuszkowe w piątym przestworze międzyżebrowym nieco na zewnątrz od linii sutkowéj. Ton skurczowy nad miejscem uderzenia koniuszkowego z podmuchem. Tony w ogóle głuche, nad t. płucną rozkurczowy zaostrzony. Brzuch miernie wzdęty, najwięcéj w okolicy dołka podsercowego. Wątroba nie macalna. Dolna jéj granica, wypukiem oznaczona, znajduje się na 1 cm. niżéj łuku żebrowego. Wypuk śledziony rozpoczyna się od dolnego brzegu 8go żebra, nie przekracza na wewnątrz linii pachowéj przodkowéj, dolna jéj granica nie macalna. W dołku podsercowym na trzy palce poniżéj mostka więcéj ku stronie prawéj daje się wyczuć guz przebiegający równolegle do jelita poprzecznego, długości 7, a szerokości 5 cm. (oznaczonéj przez powłoki brzuszne), przy ucisku miernie bolesny, mało ruchomy, przy oddechach miejsca swego nie zmienia, skóra nad nim przesuwalna, a wypuk stłumiony; od wątroby oddziela go pas wypukowy na dwa palce szeroki o odgłosie bębenkowym. W żołądku daje się wzniecić przez wstrząsasanie palcem nawet rano na czczo pluskanie, nie sięgające jednak do linii pępkowéj poziomęj. Do żołądka można wprowadzić niespełna dwa litry powietrza bez wywołania bólów, przy tém jednak guz miejsca swego prawie nie zmienia, a dolna granica wydętego żołądka wypukiem oznaczona nie przekracza linii poziomęj pępkowéj. Ciepłota ciała prawidłowa, w moczu kwaśnym białka nie ma. Ciężar ciała 20/XII 1888 rano na czczo oznaczony wynosi 47,2 kg.

Badanie wewnętrzne żołądka uskuteczniono trzy razy t. j. 18, 19 i 20/XII 1888 rano na czczo. Za każdym razem wydobyto około pół litra gąszczu barwy czekoladowéj, woni chleba świeżego, składającego się przeważnie z resztek

pokarmowych (mięsa, bułki, tłuszczu itp.) w rozkładzie będących. Przesącz słomkowo ubarwiony, opalizujący, silnie kwaśny, kwasota wynosi 40, 44, 26, papierki kongowe barwią się niebieskawo, papierki tropelinowe jakotéż rozczyn floroglucynowo-wanilinowy nie dają żadnego oddziaływania na wolny kw. solny. Bez dodania kw. solnego przesącz nie trawi białka, po dodaniu tegoż zaledwie ślad trawienia po 24 g. Kwasy tłuszczowe obecne, a odczynnik Uffelmanna daje wyraźne oddziaływanie kw. mlekowego. Kwas octowy ani po dodaniu żelasinku potasowego zmącenia nie daje, natomiast można otrzymać silne oddziaływanie biuretowe (peptony). Barwików żółci brak. Pod mikroskopem wykazuje treść żołądkowa; włókna mięsne prążkowane, skrobię, igiełki i kuleczki tłuszczu; czworniak, drożdże, laseczniki liczne, krótkie i długie; składników żółto ubarwionych nie ma. Z badania tego wynika, że żołądek nie jest nadmiernie rozszerzony, lecz treść żołądkowa przez odźwiernik nie jest w stanie się przedostać i znajduje się w rozkładzie, kw. solnego wolnego wcale nie ma, a pepsyny tylko ślad.

Rozpoznanie: *Strictura pylori carcinomatosa subs. cachexia. Emphysema pulmonum levioris gradus.*

Po wypłókaniu żołądka rozczynem kw. borowego, a jelit za pomocą lawatyw przystąpiono (prof. Rydygier) d. 21/XII 1888 do zabiegu operacyjnego mając na celu wykonanie resekcyi odźwiernika. Po przeprowadzeniu cięcia podłużnego w linii białéj na 15 cm. długości i po otwarciu jamy brzusznéj okazało się, że nietylko odźwiernik, ale i krzywizna mała na przestrzeni około 8 cm. jest nowotworem zajęta, reszta żołądka wykazywała ściany zgrubiałe, bez znaczniejszéj rozstrzeni. Część odźwiernika zrośnięta z dolnym brzegiem wątroby, sieć duża zwyrodniała, skurczona w pasek poprzeczny, łączący krzywiznę wielką z jelitem grubém poprzecznem. W sieci małéj gruczoły limfatyczne twarde, gruczoły zaotrzewnowe po za żołądkiem się mieszczące również powiększone, zbite, nieruchome. W obec tych zmian odstąpiono od pierwotnego zamiaru resekcyi odźwiernika, a przystąpiono do gastroenterostomii. Uwiódłszy jelito grube poprzeczne ku górze odszukano pętlę dwunastnicowo-jelitową, przyszyto ją do żołądka szwem Lemberta, a mianowicie do jego ściany przedniéj na przestrzeni 3 centimetrów, w dość znacznem oddaleniu 8—10 cm. od odźwiernika, a na 2 palce ponad *arteria coronaria inferior.* Przecięto następnie tuż przy założonych szwach i wzdłuż tychże wszystkie warstwy tak jelita, jak i żołądka z wyjątkiem tylko błony śluzowéj (sposób dotąd niewykonywany), i założono szew Czernego. Dopiero teraz przecięto błonę śluzową i takie same szwy, tylko w odwrotnym kierunku, założono na przednie brzegi utworzonego otworu. Ostatecznie zapuszczono żołądek z pętlą jelita do jamy brzusznéj, którą zaszyto kilkoma głębokiemi szwami z jedwabiu i szwem kuśnierskim powierzchownym, potém nałożono opatrunek antiseptyczny uciskający.

Przebieg pooperacyjny: D. 21—23/XII ma się chory względnie dobrze, nie gorączkuje, nie wymiotuje; dostaje tylko kawałki lodu do połykania i trochę wody sodowéj zimnéj a na noc morfinę, zresztą żadnych pokarmów. 24 i 25/XII dostaje chory łyżkami kwaśne mleko i koniak. 26—31/XII 1888 oprócz mleka jeszcze jaja na miękko gotowane, a 1/I 1889 zjada już potrawkę z kurczęcia. Dnia 6/I 1889 zmieniono opatrunek. Rana w całości zgojona przez rychłozrost. Szwy jedwabne wyjęto. Założono opatrunek ochraniający. Dnia 15/I 1889 t. j. przy końcu czwartego tygodnia wypuszczony zostaje z kliniki chirurgicznéj jako wyleczony.

W celu bliższego zbadania i dalszéj obserwacyi został przyjęty przez prof. Korczyńskiego do kliniki lekarskiéj gdzie przebywał od 15/I—15/II 1889 tj. od 5tego do 9go tygodnia pooperacyjnego. Tu badanie fizyczne i obserwacyja (doc. Jaworski) wykazały oprócz wyżéj podanych wyników jeszcze następujące odmienne szczegóły, pozostające w związku ze zabiegiem operacyjnym, a mianowicie:

a) Siły chorego podnosiły się, lecz tylko powoli, gdyż bywały dnie, w których chory doznawał podmiotowego uczucia osłabienia i wolał leżeć w łóżku niż siedzieć.

b) Błony śluzowe i lica stały się nieco czerwieńsze, lecz do czerstwego wejrzenia nie przyszło. Mocz barwy winowo-żółtéj c. g. 1·027, chlorki prawidłowe, białka i barwików żółciowych ani śladu, również i na białkówkach żółtaczkowego zabarwienia nie ma.

c) Ciężar ciała się zwiększał lecz bardzo zwolna przeważając ciężar przedoperacyjny, wynosił bowiem 15/I 46 kg., 20/I 47·1 kg., 22/I 47·7 kg., 2/II 47·8 kg, 6/II 48·75 kg., 10/II 50·1 kg., 14/II 48·85 kg. Po resekcyi raka odźwiernika opisanéj przez koll. Obalińskiego i Jaworskiego w *Nowinach Lekarskich* (Nr. 1 1889) ciężar ciała pacyjentki pozostawał pomimo lepszego odżywiania w téj saméj mierze.

d) Guz się powiększał, gdyż przy końcu obserwacyi wymiary jego mierzone przez powłoki brzuszne podniosły się z 7 na 10 i z 5—6 cm

e) Wymiotów, odbijania lub nudności nie było po operacyi ani razu.

f) Łaknienie tylko mierne, tak, że chorego trzeba napominać, aby więcéj jadł, co zależy zapewne od miejscowego chorobowego stanu żołądka. We wyżéj wspomnianym przypadku resekcyi raka odźwiernika była pacyjentka początkowo żarłoczną.

g) Bóle tępe w górnéj części brzucha bliżéj nie umiejscowione pojawiały się wielokrotnie. Należy je odnieść do wypełnienia pętli jelit pokarmami, gdyż występowały wieczorem lub nocą, a stłumienie po stronie prawéj brzucha mogące odpowiadać gromadzeniu się pokarmów w jelitach zauważono kilkakrotnie. Podanie morfinu na noc usuwało bóle.

Badanie żołądka. 1. Pojemność jego się zmniejszyła, gdyż przy dwurazowém wprowadzeniu powietrza do niego rano na czczo, nie można było wprowadzić więcéj niż $^3/_4$—1 litra (przed operacyją dwa litry) przy ciśnieniu 26—33 cm. słupa wodnego. Przy próbach wprowadzenia większéj ilości powietrza uchodziło ono obok sondy przez wpust. Wtłaczanie powietrza do żołądka nie sprawiało choremu dolegliwości, jak to zwykle bywa. Granica wypukowa wydętego żołądka nie dosięgała linii pozioméj pępkowéj. Przypuszczano pierwotnie, że będzie można wprowadzając powietrze do żołądka także i jelita wydąć, tymczasem wydymanie się jelit nie było dostrzegalne, pomimo, że ciśnienie, pod którém powietrze wprowadzono, wynosiło 33 cm. słupa wodnego. Pokazało się bowiem, że gaz łatwiéj otwierał wpust, niż otwór sztuczny w żołądku. Zwrócić tu wypada uwagę, że już kilkakrotnie spostrzegaliśmy w przebiegu raka odźwiernika brak większéj rozstrzeni, jaka prawie zawsze zdarza się po zaciśnięciu odźwiernika z innych przyczyn.

2. Żołądek czczy, t. j. w 12—15 godzin po wieczerzy, badano 13 razy. W 12 razach można było aspirować ciecz w ilości 10—50 cm., lecz nie zawsze o téj saméj jakości. Raz tylko nie zdołano niczego wyciągnąć.

a) W 7 doświadczeniach nie zawierała treść żołądkowa makroskopowo żadnych resztek pokarmów, w 5 zaś nieliczne strzępy mięsa lub bułki. Dwa tylko razy nie wykazywała treść żołądkowa nawet pod mikroskopem resztek pokarmów. We wszystkich innych przypadkach znajdowały się włókna mięsne wyraźne prążkowane, tylko nieznaczna ilość skrobi, a liczne igiełki tłuszczowe. Daléj wypada jeszcze podnieść, że w treści żołądka czczego nie znaleziono ani czworniaka, ani drożdży, ani długich laseczników, które to mikroorganizmy przed zabiegiem operacyjnym w bardzo znacznej ilości były nagromadzone.

b) Ciecz żołądka czczego była bez woni, ciągnąca się śluzowa, opalizująca lub zupełnie mętna, oddziaływania stale alkalicznego (przedtém silnie kwaśnego); sześć razy była treść bezbarwną, a 6 razy silnie żółtą, jakoby czysta żółć. O tym objawie, który podczas trawienia prawie stale się pojawiał, jeszcze niżéj będzie mowa.

c) Treść żołądka czczego nawet bezbarwna, badana co do składników trawieńcowych, nie wykazywała ani razu jakiegokolwiek kwasu, nie trawiła białka po zakwaszeniu, nie ścinała mleka chyba za dodaniem rozczynu chlorku wapniowego, nie zawierała zatem ani kw.

solnego, ani pepsyny, ani fermentu sernikowego, tylko zymogen sernikowy.

3. Następny szereg doświadczeń miał na celu wywołanie składników trawieńcowych za pomocą prób trawienia wykonanych w żołądku czczym i przekonanie się o zmianie pokarmów w żołądku.

a) Po zjedzeniu białka gotowanego z jaja i 200 cm.³ wody przekroplonéj wydobyto po 3 kwadransach 60cm.³ cieczy słomkowo żółtéj śluzowéj z licznemi kawałkami białka. Przesącz oddziaływa alkalicznie, nie zawiera ani pepsyny ani fermentu sernikowego. Białko przeto w tym żołądku nie ulegało wcale zmianie.

b) Trawienie skrobi. Po podaniu bułki centowéj i 200 cm.³ wody przekroplonéj wyciągnięto po godzinie gąszcz barwy żółtawéj, oddziaływania alkalicznego. W przesączu przekonano się po dodaniu nastoju jodowego, że skrobia nie znajduje się wcale w rozpuszczeniu, jak to zwykle bywa, ale natomiast znaczna ilość cukru, gdyż przesącz już za słabém ogrzaniem silnie odtlenia sól miedziową.

Te jakoteż poniżéj umieszczone doświadczenia świadczą, że przypadek ten nie zgadza się z ogólnie przyjętym poglądem, że w raku żołądka wydziela błona śluzowa kw. solny, który jednak zostaje utajony przez treść żołądkową, a dający się wykazać metodą Cahna i Mehringa, gdyż w naszym przypadku w ogóle żadnego kwasu w żołądku nie ma, nawet wtedy, kiedy treść żołądkowa żółci nie zawiera. Przypadek jednak ten przed operacyją badany przemawiać mógł rzeczywiście za kw. solnym utajonym, któryby się był mógł dać wykazać powyższą metodą, lecz jak się obecnie pokazuje, nie pochodziłby on z błony śluzowéj, lecz z rozkładu pokarmów.

c) Zachowanie się mleka w żołądku badano szczególniéj w celu przekonania się o obecności fermentu sernikowego. W dwóch doświadczeniach, w których wlewano na czczo do żołądka po 200 cm.³ mleka słodkiego gotowanego, okazało się, że po 20 minutach aspirowano ciecz żółtawo-białą oddziaływania alkalicznego, w któréj mleko nie było ścięte, a w drugiém doświadczeniu wydobyto po 45 minutach ciecz z kawałkami sernika lecz oddziaływania kwaśnego. Przesącz z téj cieczy nie ścinał sam sernika lecz dopiero po dodaniu chlorku wapniowego. W treści żołądkowéj znajdował się tylko zymogen sernikowy, a brak był fermentu właściwego. Gdy zaś w trzeciém doświadczeniu wprowadzono również 200 cm.³ gotowanego mleka ale z dodatkiem 5 cm. 3% rozczynu $CaCl_2$ (*calcaria muriatica*) i aspirowano po 20 minutach, to otrzymano 210 ctm. treści żołądkowéj żółtawo-białéj oddziaływania wyraźnie alkalicznego lecz zawierającą liczne skrzepy sernika. Ta okoliczność potwierdza uwagę terapeutyczną Klemperera, że sole wapniowe wprowadzone do żołądka przyczyniają się u niektórych osób dlatego do łatwiejszego znoszenia mleka, że sprzyjają jego skrzepnięciu (*Zeitschr. f. klin. Med.* XIV p. 280—288).

d) W celu przekonania się, czy w błonie śluzowéj tworzy się w ogóle pepsyna i ferment sernikowy, wlano w dwóch doświadczeniach na czczo po 200 cm.³ $^1/_{10}$ norm. HCl do żołądka i po pół godziny aspirowano 105 cm.³ cieczy mętnawéj bladożółtawéj, któréj przesącz wykazywał kwasotę 39·0 i 59·0, dawał mierne oddziaływanie na wolny kw. solny, barwił papierki kongowe na niebiesko, tropeolinowe na cisawo, a rozczyn floroglucynowo-wanilowy na czerwono, zawierał peptony, trawił białko bez zakwaszenia zupełnie dobrze, nie ścinał jednak po zobojętnieniu wcale sernika, lecz dopiero po dodaniu chlorku wapniowego. Doświadczenia te przemawiają za obecnością propepsyny i zymogenu sernikowego w błonie śluzowéj, a brak gotowego fermentu sernikowego. Kw. solny wprowadzony nie wyługował przeto z błony śluzowéj żołądka równocześnie z pepsyną i fermentu sernikowego, jak to było w dotychczasowych przypadkach przez Jaworskiego badanych. Nie zgodził się téż wynik tych doświadczeń ze spostrzeżeniem Boasa (*Zeitschrift f. klin. Med.* XIV p. 249, 261), że zymogen sernikowy przechodzi w obec kwasu na ferment sernikowy. Tu nawet przesącz treści żołądkowéj pozostawiony sam sobie przez dwa i trzy dni nie okazywał własności ścinania mleka, aczkolwiek w niem znajdował się wolny kw. solny. Okazuje się, że wydzielanie pepsyny i fermentu sernikowego nie zawsze idą w parze ze sobą. (Dok. nast.).

II. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

(*A. B.*) Ogólnie przyjęte jest zdanie, że **włókna nerwowe ruchowe** pochodzące z półkul mózgowych krzyżują się w rdzeniu przedłużonym (*decussatio pyramidum*). Tym czasem najświeższe doświadczenia Brown-Séquarda, których wyniki przedstawił autor na posiedzeniu Société de biologie w Paryżu d. 10 listopada r. z., wykazały, że przecięcie piramidy nie wywołuje porażenia skrzyżowanego, podobnie jak i przecięcie włókien nerwowych w wysokości mostu Varola. Zdaniem Brown Séquarda zatém skrzyżowanie dróg piramidalnych na żadnym punkcie rdzenia nie jest zupełne, następuje ono w całéj osi mózgo rdzeniowéj od *corpus callosum* do najniższego punktu rdzenia pacierzowego i każda półkula mózgowa przewodniczy czynnościom ruchowym i czuciowym obu połów ciała naraz. (*Le Progrès médical*, 1888, Nr. 46).

Bakteryjologija.

Christmas: **Badania doświadczalne nad przyrodą zapalenia ropnego.**

Kwestyja powstawania zapalenia ropnego bez współudziału i działania grzybków ropotwórczych nie jest dotychczas jeszcze zamkniętą. Autor przedsiębrał szereg doświadczeń w tym przedmiocie i przekonał się, że wstrzykując do komórki przedniéj oka królików wyjałowioną rtęć w ilości 0·05gr. otrzymywał nagromadzenie ropy tamże bez grzybków, podobne rezultaty otrzymał autor wstrzykując psom terpentynę, azotan srebrowy i rtęć podskórnie. W pierwszym dniu po wstrzyknięciu otrzymywał wysięk surowiczy, w następnych dniach przyszło do wytworzenia się ropnia, w którego treści grzybków nie znalazł. Zjałowionemi przy 100°C. hodowlami grzybka *Staphylococcus pyogenes* otrzymywał u psów podskórne ropnie, oraz nagromadzenie ropy w komórce przedniéj oka u królików, którym przetwór ten wstrzykiwał.

(Nie mogąc badań Christmasa z mojemi pogodzić podjąłem na nowo szereg doświadczeń celem przekonania się o wartości wyników. Co się tyczy owéj „ropy“ w komórce przedniéj oka królika po wstrzyknięciu wyjałowionéj rtęci, to 11 podobnych doświadczeń bynajmniéj o rzeczywistéj przyrodzie 6 razy napotkanéj wypociny przekonać mnie nie mogły. Około kuleczki rtęci umiejscowionéj między miernie zmętniałą rogówką a tęczówką znalazło się nagromadzenie mierne ciałek białych o wyraźném podzieloném jądrze, pozlepianych siateczką włóknika, nagromadzenie tak małe, że go do mechanicznego drażnienia naczyń ciałem obcém odnieść należy. Mimo, że kuleczki te przez 7—12 dni w oku pozostawały wysięk się nie powiększał, a w jednym przypadku przyszło po dniach 16 do zapalenia tęczówki z częściową téjże retrakcyją, a w wyjętém po dniach 30tu oku kuleczka obrośniętą była dokoła świeżo wytworzoną tkanką łączną, z tęczówki bujającą. Szereg doświadczeń powtórnych nad przyrodą owego ropnego zapalenia po wstrzyknięciu rtęci, azotanu srebrowego i terpentyny, to w 21 doświadczeniach podjętych na psach różnego wieku i wagi ani razu zapalenia ropnego nie spotkałem. Po wstrzyknięciu napotyka się w pewnych dniach mierny obrzęk surowiczy w tkance podskórnéj 6 razy (2 razy po wstrzyknięciu terpentyny, 3 razy po azotanie srebrowym 5%, raz po wstrzyknięciu 5% grama rtęci) spotkałem się z wypociną w podminowanéj tkance podskórnéj, z wybroczynami drobnemi z wypociną, która mikroskopowo badana włóknik, ciałka białe w znikającéj prawie ilości i zziarnione beleczki tkanki łącznéj zawierającą nigdy nie napotkałem ropy w znaczeniu anatomiczno klinicznem, nigdy ograniczonego ropnia. W reszcie doświadczeń zabieg przeszedł bez odczynu). (*Annales de l'institut Pasteur*, 1888, Nr. 9). *Dr. Karliński.*

Patologija.

Prof. G. Sée i E. Gley: **Badania nad doświadczalną moczówką cukrową.**

Przypuszczano powszechnie, że moczówki cukrowéj z przebiegiem klinicznym nie można u zwierząt wywołać. Autorowie zajmując się przeszło rok tą kwestyją przyszli do przekonania, że nawet długotrwałe drażnienie dośrodkowego końca nerwu błędnego nie wywołuje bynajmniéj glykozuryi, jak dotąd utrzymywano, lecz tylko wybitną azoturyję połączoną z wychudnieniem. Przeciwnie udało się autorom potwierdzić w zupełności podania Meringa co do działania florydzyny. Zwierzę, któremu podawano dziennie 1gr. tego środka na kilogramie wagi ciała, okazywało wybitną glykozuryję, gdyż mocz jego zawierał 10—12% cukru. Glykozuryja ta ustępowała natychmiast, jeżeli się przestało podawać florydzynę. Daléj wykazali autorowie, że tylko ten glykozyd, a nie jakikolwiek jego produkt rozkładowy, wywołuje pojawienie się cukru w moczu. Nawet podawania floretyny, najważniejszego produktu rozpadowego florydzyny, nie sprowadzało wydzielania się cukru w większéj ilości nad 1%. Przy dyjecie mięszanéj (chleb z mięsem) występowała nieco większa ilość cukru, niż przy podawaniu samego mięsa lub tłuszczu. W obec tego, że florydzyna, jak to wykazał Mering, niszczy szybko wszystkie istoty wytwarzające glykogen, przypuścić należy, że florydzyna wprowadzona dłuższy czas do ustroju przy dyjecie czysto mięsnéj lub tłuszczowéj sprowadza powstawanie cukru z istot białkowatych i tłuszczów. Po kilku dniach podawania florydzyny staje się zwierzę żarłocznem i chudnie szybko, jeżeli mu się nie podaje bardzo znacznych ilości pokarmów. G. Sée i Gley próbowali nadto, jak działają na tę sztuczną glykozuryję środki używane zwykle przeciwko moczówce cukrowéj u człowieka i wykazali, że dwuwęglan sodowy i arszenik nie działają wcale a i bromek potasu sprowadza tylko nieznaczne zmniejszenie się ilości cukru. Najlepszą ze wszystkich środków okazała się antipyrina. U psa, który tracił dziennie 13gr. cukru, zmniejszyła się ta ilość przy podawaniu przez pewien czas antipyriny (1gr. dziennie) na 11gr. i to przy dyjecie mięszanéj. U tego samego zwierzęcia, użytego drugi raz do doświadczenia, spadła ilość wydzielanego cukru z 9 6gr. na 5 7gr. dziennie. Wyniki te można łatwo zrozumieć, jeżeli się uwzględni, że florydzyna (Mering) sprowadza zniknięcie wszystkich istot wytwarzających glykogen a zawartych w wątrobie i w mięśniach, a że z drugiéj strony antipyrina według badań Lépina i Porterela zwalnia znacznie przemianę glykogenu w cukier. Sée badał nadto działanie antipyriny u chorych dotkniętych moczówką cukrową i wykazał, że działa ona dobrze. W obec tego działania skutecznego antipyriny, środka zmniejszającego pobudliwość nerwową, usprawiedliwionem jest pytanie, czy moczówka cukrowa nie jest zmianą nerwową? Tego pytania autorowie jednak nie rozstrzygają. (*Wien. med. Woch.*, 1889, Nr. 6). *A. R.*

Röhmann (Berlin): **Badanie chemiczne moczu i wątroby w przypadku ostrego jéj zaniku.**

Pierwszymi, którzy wykazali leucynę i tyrozynę w moczu w przebiegu ostrego zaniku wątroby, byli Frerichs i Staedeler; Schultzen i Riess uznali je za objawy cechujące to cierpienie, nie wykazawszy ich u osób zatrutych fosforem. Fraenkel jednak wykazał, o ile to ich zapatrywanie jest niesłuszne. Schultzen i Riess wykazali nadto w moczu osób, dotkniętych ostrym zanikiem wątroby, kwas oksymigdałowy. Od czasu ogłoszenia ich wyników nikt jeszcze nie badał w tym kierunku moczu osób zanikiem ostrym wątroby dotkniętych. R. korzystając z przypadku w klinice prof. Rosenbacha się nadarzającego, zajął się tą sprawą i znalazł, że w moczu tego chorego nie ma wcale ani tyrozyny ani leucyny lecz tylko zwiększona ilość kwasów aromatycznych, między niemi najwięcéj kwasu oksymigdałowego, w wątrobie zaś obok oksykwasów aromatycznych jeszcze leucyna i tyrozyna. Zastanawiając się bliżéj nad pochodzeniem leucyny i tyrozyny w ustroju i zjawieniu się ich w moczu, przedsięwziąwszy nadto w tym kierunku kilka badań na zwierzętach, karmiąc je tyrozyną, dochodzi R. do wniosku, że oksykwasy powstają w wątrobie z tyrozyny i jako takie bywają z ustroju wydalone drogą nerek. Ztąd to pochodzi, że leucyna i tyrozyna niekoniecznie jako taka w moczu znajdować się musi, że zatém nie jest cechującym objawem dla ostrego zaniku wątroby. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 43). *Dr. Kraus.*

Farmakologija.

Lauriston E. Shaw.: **Krwotoki w zatruciu przetworami salicylowemi.**

W sprawozdaniu szpitalném z Guy Hospital z roku 1886—87 poruszył L. Sh. tę samą kwestyję, która stanowi tytuł jego obecnéj pracy i bronił wówczas zapatrywania, że tylko krwotoki z nosa są objawem zatrucia przetworami salicylowemi, wszelkie zaś inne krwotoki są czysto przypadkowe. Na podstawie kilku przypadków spostrzeganych w Guy Hospital w ubiegłym roku zmienia obecnie autor zdanie i twierdzi, że także krwawienie z dziąseł może powstać w skutek podawania dużych dawek przetworów salicylowych. Na poparcie swoich zapatrywań przytacza L. Sh. historyje chorób. W jednym przypadku podawano choréj z powodu ostrego gośćca stawowego znaczne dawki salicylanu sodowego. W ósmym dniu po rozpoczęciu leczenia wystąpiły pierwsze objawy zatrucia: uczucie ciężkości i szum w uszach. Zmniejszono dawkę, ale pomimo to w trzy dni późniéj pojawił się krwotok z nosa i ciągłe krwawienie z dziąseł. To ostatnie było bardzo uporczywe, trwało z wielkiém nasileniem cztery dni, pomimo że salicylan usunięto, a miejscowo na dziąsła podano kwas garbnikowy, sześciochlorek żelaza, *tinctura hamamelis* i lód. Chora podczas krwotoku okazywała wszystkie objawy ostréj niedokrewności. W kilka dni po ustąpieniu krwotoku podano choréj znowu salicylan sodowy z powodu nowego napadu gośćca, a nazajutrz pojawił się znowu krwotok z dziąseł. W tym przypadku krwotok był napewne objawem zatrucia kwasem salicylowym, wystąpił bowiem nie na szczycie choroby ale po pierwszych pewnych objawach zatrucia (szum w uszach). Zresztą statystyka wykazuje, że u 6% chorych leczonych kwasem salicylowym występują krwotoki z nosa. Powodem krwawienia jest zdaniem L. Sh. zmiana w składzie krwi i w ścianie naczyniowéj, przyczém zmiana musi być dość znaczną, skoro krwotok przybiera czasem zastraszające rozmiary i wywołuje nader groźne objawy niedokrewności. Pomimo to L. Sh. nie występuje bynajmniéj przeciw podawaniu przetworów salicylowych, których często nie można niczém zastąpić, radzi tylko skrzętnie śledzić pierwszych objawów zatrucia, a gdy się pojawią, środek natychmiast usunąć. (*The Lancet* 1889, Nr. III.). *A. R.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Dr. v. Stoffela: **O nowym, dotąd nieopisanym objawie zapalenia osierdzia.**

Już Oppolzer uczył, że ważnym objawem rozpoznawczym zapalenia osierdzia wywołującego tarcie jest zmiana w umiejscowieniu lub nasileniu tarcia przy zmianie położenia chorego. O ile objaw ten należy do najważniejszych przysłuchowych, o tyle pokrewny z nim nowo przez autora opisany objaw wypukowy ważną może w rozpoznaniu odegrać rolę. Jak wiadomo gromadzi się płyn w worku osierdziowym przy położeniu chorego na wznak u podstawy serca a odsuwając płuco na bok wywołuje na większéj niż zwykle przestrzeni odgłos stłumiony. Płuco odsunięte zajmuje jednak natychmiast swoje dawniejsze miejsce z chwilą, kiedy zniknie siła nań ciążąca. Dzieje się to wtenczas, gdy chory z położenia na wznak usiada; płyn opuszcza się wówczas ku dołowi a zwolnione od ucisku płaty płuca wsuwają się napowrót pomiędzy klatkę piersiową a serce, przez co naturalnie jawnieje odgłos, w położeniu na wznak, stłumiony. Jeżeli chory znowu położy się, odgłos jawny staje się w téj chwili stłumionym. Nowy ten objaw ułatwia w wysokim stopniu rozróżnienie zapalenia osierdzia wypocinowego od nacieków ograniczonych płuca lewego tuż nad sercem. W obu przypadkach kształt stłumienia może być taki sam, ale rzecz jasna, tylko w pierwszym przypadku wystąpi objaw dopiero co opisany. W Nrze 4 „*Internat. Klinische Rundschau*“ wyczytał autor krótką wzmiankę o wykładzie Dra Pinsa pt. „o nowym

objawie zapalenia osierdzia". Niezależnie od St. odkrył Pins ten sam objaw. (*Internat. Klin. Rundschau* 1889, Nr. 5).

A. R.

(*H. K.*) Do nielicznych przypadków **białaczki wyleczonéj za pomocą wziewań tlenu** dodaje obecnie Rehn (Frankfurt n. M.) jeden własny. Dotyczył on 2 letniego blisko chłopca, u którego się znajdowały wszystkie objawy białaczki, stwierdzone badaniem krwi pod drobnowidem i u którego wszystkie sposoby leczenia wewnętrznie podanemi lekami nie przyniosły żadnego widocznego polepszenia. Idąc za radą Stickera polecił wziewania tlenu z przyrządu Limousina do 15 litrów dziennie. Po 6 tygodniach poprawa była widoczna, dająca się stwierdzić nietylko zewnętrznem badaniem ale i w wymiarach śledziony, wątroby i badaniem krwi. (*Wiener med. Woch.* 1888, Nr. 49).

Choroby nerwowe.

Nothnagel: **Rozpoznawanie guzów w pagórkach czworaczych.** (Odczyt na pos. Tow. lek. wied. 11 stycznia 1889).

Liczba przypadków opisanych guzów w pagórkach czworaczych jest dotychczas bardzo małą. Do 1881 zdołał Bernhardt odszukać zaledwie 10 przypadków; od tego czasu opisał jeszcze Nothnagel 3 przypadki. Ostatni z nich odnosi się do 15 letniego chłopca. który po spadnięciu z drzewa w 1885 nie okazywał zrazu nic nieprawidłowego. W zimie dopiero 1886 wystąpiły nagle napady nudności i wymioty i zaczęły się powoli rozwijać objawy, jak autor nazywa, podwyższonego ucisku śródczaszkowego. W 1888 w lecie można było stwierdzić: tarczę zastoinową na obu oczach, zanik nerwów wzrokowych połączony z zupełną ślepotą. Obok tego wyraźna niezborność ruchów z cechą przyczyny mózgowéj, podobna do téjże w chorobach móżdżku; ruchy gałek ocznych ku górze i w lewo mocno upośledzone, lewa gałka oczna prawie zupełnie nieruchoma uzupełniały obraz kliniczny. Odnogi były wolne, czucie nienaruszone, nerwy twarzowy, podjęzykowy i troisty oddziaływały należycie, źrenice nieco leniwo. Rozpoznanie nowotworu w pagórkach czworaczych sekcyja w zupełności potwierdziła.

Stosunek pagórków czworaczych do narządu wzrokowego podniósł pierwszy Griesinger. Późniejsze badania (Adamiuk) stosunek ten bliżéj oznaczyły usadawiając w tych pagórkach ośrodek odruchowy, na drodze którego zadrażnienie obwodowe nerwu wzrokowego przenosi się na nerwy ruchowe oka. Obok tego wykazał Cayrade, że pagórkom czworaczym przypada także pewna część zadania utrzymywania równowagi ciała. Zdaniu temu wprawdzie niektórzy fizyjologowie się sprzeciwili, jednakże spostrzeżenia kliniczne uczą, że jednym z pierwszych objawów uciśnięcia lub zniszczenia pagórków czworaczych jest zaburzenie w równowadze ciała, czyli t. z. ataksyja mózgowa, także i dla chorób móżdżku charakterystyczna. Obok niéj jest drugim ważnym objawem porażenie nerwów ruchowych oka, mianowicie nerwów okoruchowego, bloczkowego i odwodzącego. Da się to łatwo wyjaśnić tém, że, jak Meynert wykazał, nerwy te mają swoje ośrodki bardzo blisko pagórków czworaczych. Nowotwór więc wzrastając zajmuje powoli te ośrodki, wśród nich się rozrasta i sprawia, że porażenia ruchów oka najczęściéj nie po obu stronach są jednakowe i że niektóre nerwy lub gałązki są już zupełnie lub częściowo porażone, podczas gdy inne działają jeszcze należycie. Obraz więc kliniczny daje się bardzo łatwo anatomicznie i fizyjologicznie wytłomaczyć i rozpoznanie nowotworów lub innych guzów w pagórkach czworaczych jest możebne i usprawiedliwione wtedy, gdy do ataksyi mózgowéj dołącza się porażenie nerwów ruchowych ócz. Tym dwom ogniskowym i zasadniczym objawom towarzyszyć mogą inne ogólne mózgowe, jak napady eklampsyi lub padaczki i, jak autor nazywa, objawy podwyższonego ucisku śródczaszkowego, których następstwem ma też być tarcza zastoinowa i zanik nerwów wzrokowych. W miarę wzrastania nowotworu ku mostowi Varola i *pedunculi cerebri* występują jednostronne porażenia i parezy ruchu i czucia. (*Wiener med. Blätt.* Nr. 3, 1889).

Dr. W. Momidłowski.

John E. Morgan: **Erythro-melalgia.**

Nazwą tą oznaczył Weir Mitchell nieznane dotychczas cierpienie naczynioruchowe odnóg. Objawy choroby téj są swoiste: zazwyczaj rozpoczyna się od bólu w stopie, wielkim palcu lub pięcie i to obustronnie. Niekiedy ból zajmuje grzbiet stopy a rzadko podudzie; najczęściéj zaś powstaje w obydwóch podeszwach. Bardzo często przyczyną jest nadmierne zmęczenie nóg przez ciągłe stanie lub chodzenie; późniéj zaś ból się pojawia, ilekroć chory stoi prosto, lub siedząc ma nogi zwieszone. Ból jest zwykle palący, i powtarza się napadami, ustaje w położeniu poziomém i pod wpływem zimna, powiększa się przy chodzeniu i staniu oraz w cieple, jeśli np. chory zbliży się do ognia lub zagrzeje się w pościeli. Ból wzmaga się w lecie, ustępuje w zimie. Ale ból nie jest jedynym przypadem. Jeżeli chory chodzi, części bolesne puchną a w cięższych przypadkach stają się ciemno czerwone. W. Mitchell postrzegał w 2 przypadkach cierpienie to jako wyraz choroby rdzenia pacierzowego, ponieważ równocześnie zajęte były i odnogi górne. Dr. Sturge np. widział u chorego najprzód przypady powyższe w odnogach dolnych przechodząc prawe podudzie i palce. W. Mitchell uważa cierpienie to jako nieuleczne. Niekiedy choroba trwa niezmiennie przez lat kilka, to znów stopniowo postępuje. Tenże autor zebrał z literatury 16 przypadków, z których 12 mężczyzn i 1 kobieta. Mężczyźni byli w wieku średnio 42 l., kobieta 40. We wszystkich przypadkach było albo pewne usposobienie osobnicze, albo, co częściéj, nadmierne przeciążenie odnóg staniem lub chodzeniem. Na zakończenie autor opisuje szczegółowo 4 własne przypadki, w których leczenie żadnéj nie przyniosło korzyści, prócz jednego chorego, u którego wstrzykiwania morfiny przyniosły znaczną ulgę. (*The Lancet*. Styczeń 1889). *Dr. Smoleński.*

Chirurgija.

Berkeley Hill: **O przepłukiwaniu pęcherza przy badaniu cystoskopem.**

Najważniejszym warunkiem przy badaniu cystoskopem jest przeźroczystość płynu wypełniającego pęcherz moczowy. Przepłukiwanie pęcherza przed wprowadzeniem cystoskopu jest wprawdzie czasem w stanie usunąć męty, zawdzięczające swój początek ropnemu zapaleniu pęcherza lub krwawiącym nowotworom, często jednak pozostaje ropa lub krew w zaułkach błony śluzowéj, zamąca płyn podczas badania cystoskopem i czyni przez to obraz ciemnym „jak mgła londyńska". Dla uniknięcia téj niedogodności zrobili pp. Mayer i Meltzer pod kierunkiem autora cewnik podwójny (*à double courant*) mający na przekroju kształt półksiężyca i przylegający dokładnie do cystoskopu. Wprowadzenie tego złożonego narzędzia nie jest bynajmniéj bolesném. Gdy narzędzie wprowadzono tak głęboko, że oczka podwójnego cewnika są już poza gruczołem krokowym, przepuszcza się przez cewnik rozczyn kwasu borowego z irygatora niezbyt wysoko umieszczonego. Mocz mętny wychodzi szybko z pęcherza, poczém przystępuje się do cystoskopowania nie zatrzymując prądu kwasu borowego, który przez cały czas badania przepływa przez pęcherz. W ten sposób płyn zawarty w pęcherzu jest czysty i przeźroczysty a badanie jest bardzo ułatwione. Autor poleca do tego cystoskop Nitzego. (*The Lancet*, 1889, Nr. 4). *A. R.*

Th. Annaudale: **O usuwaniu drogą operacyjną nowotworów w jamie noso-połykowéj.**

Nowotwory w jamie noso-połykowéj usuwać można albo wprost za pomocą pętli zimnéj lub galwanicznéj, albo za pomocą wypalenia termokauterem i t. d., albo téż chirurg toruje sobie drogę do nowotworu, co stanowi wstępną często bardzo ciężką operacyję. Autor podaje nowy sposób, z pomocą którego można sobie utorować przystęp do nowotworu. Operacyję swoją zestawia w następujących punktach: 1) odkrywa się przedni kostny otwór nosa przez przecięcie błony śluzowéj, przechodzącéj z wargi górnéj na górną szczękę (według Rongego). 2) Oddziela się kostną przegrodę nosa wzdłuż jéj przyczepienia do szczęki. 3) Przecina się części miękkie w linii środkowéj wzdłuż całego podniebienia twardego i przepiłowuje wyrostek zębodołowy i całe podniebienie twarde wzdłuż cięcia w częściach miękkich. Przytém można, ale nie musi się przepołowić także podniebienie miękkie; 4) Następuje odsłonięcie i oddalenie od siebie obydwóch kości

szczęki górnéj i wprowadzenie przez otwór powstały palca lub narzędzia mającego na celu oddzielenie możliwych zrostów nowotworu z otoczeniem. 5) Usunięcie nowotworu narzędziem, jakie się w danym przypadku uzna za najodpowiedniejsze, 6) wypełnienie powstałéj rany gazą, 7) zbliżenie do siebie oddalonych kości szczęki górnéj, założenie jednego szwu kostnego w wyrostku zębodołowym i kilku szwów w częściach miękkich Annaudale uznaje wyższość swéj metody z następujących powodów: 1) Nie sprawia trudności i nie pozostawia oszpecenia. 2) Jeżeli się okaże, że z pomocą téj operacyi nie można usunąć nowotworu, to można szybko dokonać zabiegu cięższego, jakim jest wypiłowanie szczęki górnéj. Rękoczyn Annaudalego stanowić wtenczas będzie wstęp do resekcyi. 3) Krwotok przy téj operacyi jest bardzo nieznaczny. Autor wykonał swój rękoczyn w trzech przypadkach, które bliżéj opisuje. W dwóch nastąpiło zupełne wyleczenie, w trzecim przyszło po pewnym czasie do na nawrotu choroby. (*The Lancet*, 1889, Nr. 4). *A. R.*

Okulistyka.

Dr. Fischer: **Spostrzeżenia nad zachowaniem się 8-letniego dziecka po operacyi zaćmy wrodzonéj.**

Zwolennicy teoryi wrodzonych pojęć przestrzennych znajdą w niniejszéj pracy, nie roszczącéj sobie zresztą pretensyi do studyjum psychologicznego, prosty, bo z obserwacyi przedmiotowéj zaczerpnięty dowód, że pojęcia te nie rodzą się wraz z dzieckiem na świat gotowe, ale jako mozolny dorobek wzroku powoli tylko krok w krok bywają zdobywane. Dziecko w mowie będące po obustronnéj pomyślnie dokonanéj ekstrakcyi katarakty wrodzonéj zachowuje się przez pierwszy tydzień tak, jak gdyby ten cały nowy świat wrażeń był dla niego równie zamknięty jak przed odzyskaniem wzroku i utyka o przedmioty, nie odróżnia kształtów bryłowatych od płaskich, rzeczy codziennych, znanych mu od dziecięctwa z dotyku, nie rozpoznaje nawet po kilkakrotném własném stwierdzeniu ich tożsamości. Jestto pusta tablica, zwolna i mozolnie zapisująca się wrażeniami wzrokowemi, które zrazu nie przedstawiają nawet żadnego interesu dla chorego i dopiero pod wpływem asocyjacyi wrażeń innych zmysłów żmudną drogą doświadczenia urabiają się w pojęcia zrozumiałe. Pacyjentka F. kierowała się zrazu w swych sądach tylko poczuciem barw (katarakta nie znosi zupełnie tego poczucia) i potrzeba było całego tygodnia czasu, zanim stała się zdolną rozpoznawać różnice najpierwotniejszych kształtów. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* Grudzień). *Dr. Sroczyński.*

Bellarminow: **O nowym sposobie badania wziernikiem.**

Nowy sposób polega na tém, iż znieczuliwszy rogówkę kokainem, przypłaszcza się ją ugniatając łekko płytką szklaną o średnicy 6—10mm. Oko staje się w ten sposób sztucznie znacznie niedomiarowém a po oświetleniu zwierciadłem płaskiem przy świetle dzienném lub wieczorem przy lampie z reflektorem może nietylko jeden lecz nawet kilku badaczy równocześnie oglądać obuocznie dno oka w obrazie prostym. Powiększenie obrazu nie jest znaczne, ale pole widzenia obszerne. (*Vorläufige Mittheil.* w *Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 49). *Dr. Podgórski.*

Rudolf A. Fick: **Nowy przyrząd do mierzenia parcia śródocznego (oftalmotonometr).**

Pomimo istnienia licznych przyrządów posługujemy się zawsze jeszcze palcami przy badaniu parcia wśródocznego, ten jednak sposób oprócz małéj dokładności przy samém badaniu grzeszy brakiem możności porównania z powodu trudnego zapamiętywania odcieni wrażeń dotykowych. Autor zaznaczając dobitnie różnicę między pojęciami „parcie wśródoczne“ a „napięcie gałki ocznéj“ dochodzi drogą obliczenia do przekonania, że przyrząd nie wgniatający twardówkę ale ugniatający ją na płask odpowie zadaniu. Jego więc bardzo prosty oftalmotonometr składa się z płytki o 6·8mm. średnicy i odpowiedniego przyrządu sprężynowego, a użycie takowego t. j. oznaczenie chwili, kiedy właśnie twardówka jest odpowiednio przypłaszczoną, ma być przy należytéj uwadze łatwém i dokładném. Pracę zamyka autor wynikami doświadczeń na oczach zwierzęcych i ludzkich. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* z listopada, 1888). *Dr. Podgórski.*

Czermak W.: **O wydobywaniu zaćmy bez wycinania tęczówki z założeniem szwów w rance.**

Autor przyznając, że przy wydobywaniu zaćmy bez wycinania tęczówki zagraża oku oprócz innych głównie niebezpieczeństwo opadnięcia tęczówki w rankę z następstwami, pokusił się mimo to zastosować w 10ciu przypadkach ten sposób ze zmianą przez Williamsa z Bostonu jeszcze przed 5ciu laty podaną, polegającą na założeniu szwów w rance. Z doświadczenia w tych przypadkach nabytego przytacza autor, że nieraz trzeba założyć 2—3 szwów, gdyż odstępy między takowemi nie powinny przenosić 3ch mm., aby nie groziło niebezpieczeństwo opadnięcia tęczówki w rankę. Wyniki uzyskane wcale nie są świetne. Na 10ciu operowanych w ten sposób przyszło u jednego do ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, u drugiego wystąpił otok ropny w przodkowéj komórce z następowém zamknięciem żrenicy, u innego po odjęciu szwów w 5tym dniu ranka pękła a w czwartym przypadku szwy przedarły mostek rogówkowy. Autor twierdzi jednak, że dalsze próby mogą dopiero doprowadzić do sprawiedliwego sądu o tym sposobie. (*Berl. klin. Woch.*, 1888). *Dr. Podgórski.*

Dentystyka.

Nicolai (Stuttgart): **Ujście przetoki zębowéj w sutku.**

U 32-letniéj kobiety znalazł N. ząb trzonowy dolny pierwszy po stronie lewéj w stanie zupełnego zniszczenia, tak iż z niego pozostały tylko korzenie, istotami gnilnemi wypełnione i gębczastemi dziąsłami pokryte. Aby to ognisko ile możności nieszkodliwém dla otoczenia uczynić, usunął N. tak bujające dziąsła jak i wszelkie produkta rozkładowe, przestrzyknął kanaliki korzeni środkiem desinfekcyjnym i zatkał je gutaperką. Na drugi dzień zauważyła chora, iż ciecz odpływająca przetoką, któréj ujście znajdowało się na 1cm. ponad lewą brodawką sutkową, posiadała woń leków przez dentystę w jamie ust użytych. Ponieważ i wstrzyknięty do korzeni rozczyn koszenili na drugi dzień zabarwiał wydzielinę przetoki, zatém przystąpiono do ich wyjęcia. Przy użyciu tylko przestrzykiwań środkami przeciwgnilnemi nastąpiło w 12 dniach zupełne zagojenie przetoki, którą przez 8 miesięcy rozmaitemi sposobami bezskutecznie leczono. (*Deut. Monatsch. f. Zahnheilk.*, 1888, Zesz. XII.) *D. Szymkiewicz.*

Choroby weneryczne.

Fabry (Bonn): **O zakażeniu rzeżączkowém błon śluzowych u kobiet.**

Niedawno temu ogłosił Steinschneider z kliniki Neissera pracę o siedzibie jadu rzeżączkowego u kobiet, (sprawozd. Przegl., 1888), w któréj na podstawie własnych badań bakteryjologicznych wypowiada zdanie, że najczęstszą siedzibą gonokoków u kobiet jest cewka moczowa. Zachęcony przez prof. Doutrelepont'a przedsięwziął F. w tym kierunku badania, o ile zapatrywanie Steinschneidera zmieniające dotychczasowe poglądy na rzeżączkę u kobiet jest słuszne; wypadałoby bowiem według niego w każdym przypadku rzeżączki pochwy leczyć bezwarunkowo i cewkę. Otóż F. badał wydzielinę pochwy, szyjki macicy, cewki moczowéj, gruczołu Bartholiniego, u 51 kobiet, między któremi znajdowały się nietylko dotknięte rzeżączką ale i inną chorobą weneryczną. Na 51 kobiet znalazł gonokoki w wydzielinie z cewki 36 razy. Wyniki zatém jego są takie same, jakie otrzymał Steinschneider. Koki rzeżączkowe znalazł F. w wydzielinie z cewki nieraz u takich kobiet, które miały wybitną ostrą rzeżączkę pochwy, a które jednak nie skarżyły się wcale na jakieś przypady ze strony cewki lub pęcherza. W wydzielinie gruczołu Bartholiniego znalazł koki rzeżączkowe 12 razy; słuszne zatém jest zapatrywanie Fürbringera, że w przewodzie gruczołu tego długi czas może się utrzymywać jad rzeżączkowy nie dając żadnych objawów. Stósowna nadarza się chwila, a spotykamy się ni ztąd ni z owąd z ropniem w tymże samym gruczole. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 43). *Dr. Kraus.*

Prof. Neumann (Wiedeń): **O działaniu salicylanu rtęciowego przeciw kile** (*Wien. med. Wochsch.*, 1888, Nr. 47 i 48).
Haudring (Dorpat): **Przyczynek do leczenia kiły za pomocą wstrzykiwań kalomelu** (*Petersburger med. Woch.*, 1888, Nr. 43).

Do szeregu wytworów rtęciowych aptekarskich przybył nie dawno salicylan rtęciowy. Używają go głównie lekarze amerykańscy, na lądzie stałym europejskim pierwszy ogłosił wyniki działania tego leku Szadek, który go podawał w pigułkach i stosował w postaci wstrzykiwań podskórnych. Zachęcony jego wynikami i wynikami innych lekarzy doświadczał go prof. N. na 20 chorych, w połowie przypadków podając salicylan rtęciowy w postaci pigułek, w drugiéj połowie w postaci wstrzykiwań. Pigułki zapisywał on w ten sposób: *Rp. Hydr. salic.* 0·35 *Extr. acori q. s. f. pill.* Nr. 20, S. Codziennie 3 pig. Czas trwania leczenia wynosi przeciętnie 32 dni, ilość pigułek wyżytych do ustąpienia objawów kiły wynosiła przeciętnie 96; już po ośmiodniowém zażywaniu objawy kiły zaczęły ustępować, wysypka zaczynała blednąć. Ani razu nie wystąpiły po nim objawy ostrego zatrucia rtęcią. Nawroty kiły występowały jednak po tym leku tak samo szybko jak po innych przetworach rtęciowych. Wstrzykiwania robił prof. N. następującym rozczynem: *Rp. Hydr. salicyl.* 0·50, *Ol. amygdal.* 50·0, okolicą zastósowania ich były pośladki, a wykonywał je co trzy dni. Już po trzeciém wstrzykiwaniu wysypka bladła, nacieków nie miał ani razu, objawów ubocznych tak samo nie widział. Skuteczność przetworu należy, zdaniem prof. N., przypisać wielkiéj ilości zawartéj w nim rtęci. Ilość wstrzykiwań potrzebna większą jest niż wstrzykiwań kalomelu.

H. wstrzykiwał chorym na oddziale prof. Dehio 0·1 kalomelu w rozczynie gliceryny lub oliwy, przestrzegając wszelkich prawideł antiseptyki; na 274 wstrzykiwań miał 2·2% zropienia; odsetka ta nie przemawia wcale przeciw kalomelowi. U 3ga dzieci występowały ropnie po każdém wstrzykiwaniu. Najlepiéj działa kalomel, kiedy objawy drugorzędnéj kiły na dobre się już rozwinęły. O ile wstrzymuje występowanie nawrotów cierpienia, nie może H. powiedzieć, bo go dopiero od roku stosuje. *Dr. Kraus.*

Medycyna sądowa.

Strassmann (Berlinie): **O wartości próby żołądkowéj.**

Próbę żołądkową Breslaua, ogłoszoną w r. 1865, a następnie uznaną przez Limana i Skrzeczkę jako w pewnych razach pomocniczą obok próby płucnéj hydrostatycznéj Schreiera, starał się w ostatnich 2 latach prof. Ungar w Bonnie nietylko wskrzesić, ale podnieść ją do godności próby, które w pewnych przypadkach przewyższa 200-letnią próbę płucną, przeciw któréj od chwili wprowadzenia jéj w praktykę tyle podnoszono zarzutów i dotąd jeszcze podnoszą. Sprawozdania z badań i doświadczeń Ungara znajdzie czytelnik w Nrze 46 Przegl. Lek. z r. 1886 i w Nrze 23 z r. 1887, dla tego ich tu nie powtarzamy. Mniejsza o to, jaka siła wprowadza powietrze do żołądka noworodka, czy ono się dostaje przez aspiracyję (Kehrer), czy przez połykanie (Ungar), faktem jest, że się dostaje i przez poddanie żołądka poprzednio podwiązanego próbie pływania wykazaném być może, ale nierównie ważniejszém jest pytanie, czy ciało gazowe, sprawdzone w żołądku, jest powietrzem, czy nie jest produktem kiśnienia lub gnicia, lub czy ono nie zostało wydzielone przez bł. śluzową żołądka, a przeciw czemu oświadczył się Ungar. W ślad zanim poszedł Nikitin (*Viertelj. f. ger. Med.*, 1888, II, str. 282—303, a nawet poszedł jeszcze daléj, gdyż uznaje na podstawie licznych swoich doświadczeń próbę żołądkową za drugą próbę życia, zdolną samoistnie zastąpić czasem próbę płucną. Pierwszy wyłom w dowodzeniach Ungara zrobił Mittenzweig w Berlinie, gdy spostrzegł ciekawy przypadek urodzenia się dziecka w błonach płodowych szczelnie zamknięte, a które przez akuszerkę po upływie godziny z zamknięcia uwolnione już nie żyło; sekcyja w 36 godzin późniéj uskuteczniona wykazała bezpowietrzność płuc, żołądek i jelita wprawdzie także nie pływały, ale przy nacięciu żołądka pod wodą występowały liczne pęcherze gazowe. Mittenzweig tłumaczył ten objaw wczesném rozwinięciem się zgnilizny, tém bardziéj, że przy badaniu bakteryjologiczném przewodu pokarmowego noworodków zawsze był w stanie wykazać w nim obecność bakteryj gnilnych. Ungar przyznał wprawdzie, że przypadek ten mógłby świadczyć przeciw wartości próby żołądkowéj, ale tylko wtedy, gdyby niemożebne było tłumaczenie, iż noworodek pomimo zamknięcia przez godzinę w błonach żył jeszcze, a śród wyjęcia przez akuszerkę zrobił ruch połykowy, który uszedł uwagi akuszerki. Jakkolwiek przypuszczenie to było nieprawdopodobne, ale nie podobna było wykluczyć możność.

Otóż teraz ogłasza Str. przypadek bardziéj przekonywający: D. 5 stycznia umarła nagle z zadławienia się kęsem kobieta w ostatnim miesiącu brzemienna, sekcyja odbyła się 9 stycznia, z macicy wyjęto płód prawie donoszony i do 12 stycznia przechowano go w piwnicy przy cieplocie — 2° do — 6°R. Ciało noworodka wtedy było jeszcze świeże, nigdzie nie było zabarwienia zielonego, a wewnętrznie żadnéj imbibicyi. Długość ciała 48 ciężar $2\frac{1}{2}$kg., wymiary główki: 10, 8, 12, barków 12, jądro kostne w nasadzie kości udowéj $4\frac{1}{2}$mm. średnicy. Wynaczynionki podopłucnowe, płuca bezpowietrzne całkiem, żołądek podwiązano, wycięty utrzymywał się przynajmniéj odcinkiem swoim nad wodą, po rozcięciu znaleziono go napełniony śluzem, a wśród niego obfite pęcherze gazowe. A więc u dziecka, wyjętego z macicy w 4 dni, a sekcyjonowanego w 7 dni po śmierci matki, nie gnijącego wcale, płuca bezpowietrzne a rezultat dodatni próby żołądkowéj. Wynika ztąd, że w treści żołądka u noworodków względnie wczas występują objawy gnilne, wywołujące tworzenie się gazu. Słusznèm jest zdanie Falka, że w przewodzie pokarmowym zgnilizna nasamprzód w ścianach a późniéj dopiero w samém świetle kanału wywołuje tworzenie się gazu. Spostrzeżenia Mittenzweiga i Strassmanna przemawiają za tém stanowczo przeciw wartości próby żołądkowéj, która tym sposobem zakończyła krótki swój żywot jako konkurentka próby płucnéj i przechodzi do historyi jako nowy pouczający dowód, że dotąd nic lepszego od próby płucnéj hydrostatycznéj wymyśleć nie zdołano, i że wszystkie późniejsze próby w najlepszym razie tamtę tylko uzupełnić ale żadną miarą zastąpić jéj nie mogą. (*Berlin. klin. Woch.*, 1889, Nr. 6). *L. B.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne XIII. w dniu 16 stycznia 1889 r.
Przewodniczący Prof. Korczyński. Członków obecnych 17.

1. Przewodniczący, zdając sprawę ze stanu Towarzystwa, podnosi, że Towarzystwo wprawdzie powoli ale stale i prawidłowo się rozwija i rozszerza swój zakres działania. Liczba ogólna członków i prenumeratorów powiększyła się o 5. Jako członek czynny przystąpił Dr. Kramarzyński M., jako prenumeratorowie przystąpili: Dr. Barzycki, Cassina, Jabłoński, Kniaziołucki, Piasecki, Szaffer i Ziembicki. Ubyło 3 czł. cz. a mianowicie wystąpił Dr. Jendel Ignacy, zmarli Dr. Świerz Tomasz i Warschauer Jonatan. Razem liczy Towarzystwo z końcem r. 1888. Czł. honorowych 2, czynnych 122, prenumeratorów 92, co stanowi razem 216. Oprócz nauki sposobów badania klinicznego Guttmanna i pedyjatryi Steinera wyczerpany został nakład hydroterapii Smoleńskiego tak, że wydział wydawnictwa rozpoczął już z autorem rokowania co do drugiego powiększonego wydania tego dzieła. Ażeby ułatwić sprzedaż dawniejszych dzieł, zniżył wydział dla lekarzy, udających się wprost do wydawnictwa, cenę Chorób serca Widmanna z 1 złr. 85 kr. na 1 złr., a laryngoskopię Jurasza z 2 złr. 25 kr. na 1 złr. 20 kr. Sprzedaż kilku następnych dzieł zapowiada, że nakład włożony się wróci może nawet z małą nadwyżką dochodu. Higijena żywienia Dujardin-Beaumetza w tłómaczeniu Dr. Dobieszewskiego rozesłane zostało jako bezpłatne premijum tym członkom i prenumeratorom, którzy złożyli składkę za r. 1887. Jako premijum za r. 1888 otrzymają wkrótce członkowie Dra Wiczkowskiego Podręcznik do badania moczu. Dzieło to, którego druk jest już na ukończeniu, liczy 15 arkuszy druku, opatrzone jest licznemi i doborowemi drzeworytami i niewątpli-

wie czynić będzie zadość potrzebie uczniów i lekarzy praktykujących. Oprócz dzieł poprzednio zapowiedzianych, które przygotowują się do druku, wydział wydawnictwa nawiązał rokowania z prof. Cybulskim co do wydania fizyjologii a względnie histologii i wreszcie nadmienić się godzi, że wydawnictwo nagrodzone zostało medalem srebrnym na wystawie higijenicznéj, która odbyła się w lipcu 1888 r. podczas V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

2. Na wniosek przewodniczącego zgromadzeni przez powstanie oddali cześć zmarłym członkom Dr. Świerzowi i Warschauerowi, jak niemniéj wyrazili podziękowanie Dr. Schaitterowi za prowadzenie korekty ostatniego dzieła.

3. Na wniosek komisyi kontrolującéj (Dr. Buszek i Dr. Ściborowski) udzielono wydziałowi absolutoryjum z rachunków wydawnictwa z 1887 r.

4. Do zbadania rachunków z r. 1888 i stanu kasy wybrano też samą komisyję kontrolującą.

5. Na wniosek wydziału wybrano jednogłośnie członkiem honorowym prof. Dra Józefa Oettingera, który nietylko że należał do grona założycieli i od r. 1882 jest wiceprezesem wydawnictwa, ale nadto oddaje bez przerwy znakomite usługi Towarzystwu wspierając je swą doświadczoną radą a poprawiając pod względem języka rękopismy znacznéj części dzieł dotąd wydanych, przyczynił się nie mało do zaprowadzenia jednostajności w słownictwie i do poprawności języka wydawnictw Towarzystwa.

6. Wybrano wydział na dalsze dwulecie. W miejsce Dra Dobruchowskiego, który Kraków opuścił, wybrano członkiem wydziału dotychczasowego zastępcę Dr. Surzyckiego, a resztę wydziału utrzymano w dotychczasowym składzie wybierając prezesem prof. Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Oettingera; członkami wydziału: prof. Blumenstoka i Pieniążka, doc. Grabowskiego i Dr. Kwaśnickiego i Surzyckiego; zastępcami członków prof. Obalińskiego doc. Gluzińskiego i Jaworskiego i Dr. Buszka, Paszkowskiego i Wiszniewskiego.

7. Podskarbi a zarazem administrator Dr Surzycki zdaje sprawę ze stanu nakładów.

8. Skarbnik doc. Grabowski przedkłada stan funduszów: W roku 1888 dochód wynosił 799 złr. 44 kr. (składki wstępne 10 złr., składki roczne 356 złr. 39 kr., sprzedaż dzieł 230 złr. 14 kr., kupony i narosłe procenta 232 złr. 91 kr.), rozchód wynosił: 858 złr. 35 kr. (reszta wydatków na higijenę żywienia Dujardin-Beaumetza 497 złr. 41 kr.; cały nakład kosztował 647 złr. 41 kr.; zaliczka za druk podręcznika Dr. Wiczkowskiego 200 złr., wydatki pocztowe 6 złr. 57 kr., wydatki kancelaryjne i druki 3 złr. 20 kr., rozsełka premij 17 złr. 07 kr.; kara stemplowa 1 złr., koszta wystawy lwowskiéj 2 złr., inseraty 6 złr. 10 kr. płaca administratora 125 złr.); nadwyżka rozchodu wynosi więc 58 złr. 91 kr. Ponieważ majątek towarzystwa z końcem roku 1887 wynosił 5517 złr. 88 kr., przeto po odciągnięciu téj nadwyżki wynosi z końcem 1888 r. majątek Towarzystwa 5480 złr. 97 kr., które złożone są w części w obligacyjach pożyczki krajowéj w części na książeczki wkładkowe Kasy Oszczędności i Tow. wzajemnego kredytu.

9. Na wniosek prof. Obalińskiego czyniono podziękowanie przewodniczącemu za gorliwe zajmowanie się sprawami wydawnictwa. Sekr. *Dr. Surzycki.*

IV. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

I nasze genealogije nastręczają kilka wybitnych odmian, posiadających pewną doniosłość. Weźmy pierwszą grupę, łączenie się ślubne między krewnymi, obok czego figuruje dowiedziona dziedziczność psychijatryczna. Na trzy rody różnoherbowe, choć jednobrzmiącego nazwiska, o 3—5 pokoleniach składające się z 79 osób (43 m. i 36 k.), odnaleźliśmy hypochondryję 2 razy, hysteroepilepsyję 2, idyjotyzm 1, obłąkanie okresowe (*mania periodica*) 3 (siostry rodzone), zadumę 1, samobójstwo 1, zgonów w skutek gruźlicy 9, w skutek zapalenia opon mózgowych 2. Zdolnościami w ogóle nieodznacza się ta grupa, wydała obok ludzi bardzo drobnéj, mniéj niż pośredniéj skali umysłowéj, dwóch tylko nankom oddanych przed rozwinięciem się zboczenia umysłowego: przyrodnika (*hypochondria*) i lekarza (*melancholia activa*).

Druga grupa jest więcéj pouczającą, bo w niéj dziedziczność psychijatryczną wykluczyć należy bezwarunkowo; składają się na nią trzy rody nazwisk rozmaitych, łączące się ze sobą od lat przeszło 90; pokoleń trzy, czwarte najmłodsze pomijamy, bo i nieliczne i zbyt jeszcze drobne. Trzy powyższe pokolenia reprezentowane są przez 53 osoby. Pierwsze: Protoplasta wiąże się sakramentem z siostrą, córką ciotecznéj siostry ojcowskiéj. Drugie pokolenie pięciu synów i cztery córki, węzłów między krewnymi cztery (wuj z siostrzenicą, ciotka z synowcem, siostra z bratem i t. d.). Trzecie pokolenie na dwadzieścia pięć osób połączeń ślubnych między krewnemi pięć. Wyniki z tąd bardzo smutne: już w drugiém pokoleniu jeden syn bezdzietny, drugi i trzeci dotknięci obłąkaniem, czwarty kończy na gruźlicę, jak równie jedna z córek, dwie inne dotknięte histeryją. W trzeciém zaś pokoleniu dwóch wnuków zabierają suchoty, wnuczkę zołzy; jeden psychopata, drugi ograniczony pod względem umysłowym, trzecia zająkująca się i zezowata, czwarty uległ cierpieniu mlecza pacierzowego, a wszyscy bez wyjątku odznaczają się pewną tępotą, słabą pamięcią, brakiem kombinacyjnych zdolności, wiedzę zdobywają z trudnością, albo raczéj cofać się muszą przed jéj zdobyciem, gdyż walka oddziaływa na mózg, wywolując jego znużenie, a co za têm idzie, wyczerpanie sił ustrojowych zupełne. Niechże kobieta z takiego rodu stanie do życia wspólnego z mężczyzną, dotkniętym psychijatryczną dziedzicznością, albo z opilcą, wówczas tak cierpienia nerwowe jak i umysłowe z całą występują potęgą. I tutaj, w tylko co przytoczonéj genealogii znajdujemy potwierdzenie téj prawdy; rzecz dotyczy dwóch córek z drugiego pokolenia; jedna związała swoje losy z potatorem, z małżeństwa tego było trzech synów: najstarszy w 18 roku umarł na gruźlicę, średni, paraplegia w 26 roku, najmłodszego tylko oszczędziła choroba. Druga córka związana sakramentem z mężczyzną, dziedzicznością psychijatryczną dotkniętym, miała także troje dzieci: najstarszy syn oficer generalnego sztabu, kawaler, umarł w skutek szaleństwa ogólnego, córka dotknięta szaleństwem okresowém, które z biegiem czasu przekształciło się w stępienie umysłu; druga córka, umysłowo upośledzona, na szczęście jest bezdzietną. A z całéj téj grupy z trzech rodów złożonéj, ani jednéj wybitniéjszéj zdolności, muzyk obdarzony skromnym talentem, idącym w parze z bardzo rozwiniętém obłąkaniem moralném, prawnik słynny z pieniactwa graniczącego z obłędem, większość zaniechać musiała rozpoczętych studyjów.

Podsumujmy rachunek; gdyby go wypadło układać na zasadzie dat statystycznych, jakiemi rozporządzamy, tobyśmy takie wnioski wyprowadzić z niego powinni: powtarzające się stale związki między krewnymi, przez dwa a najwięcéj trzy pokolenia, wywołują tak fizyczne jak i umysłowe wyjałowienie. Osobnik z takiego związku urodzony, jeżeli się połączy węzłem matrymonijalnym z osobą dotkniętą dziedzictwem psychijatryczném albo opilczém, przelewa na spadkobierców usposobienia degeneracyjne, właściwe dziedziczności podwójnéj, z tą tylko różnicą, że formy tu występujące należą przeważnie do nerwic umysłowych i to postaci wtórnych i krańcowych, jak obłąkanie ogólne przewlekłe, częściowe jednoprzedmiotowe, stępienie umysłu, idyjotyzm itd. Zwyrodnienia umysłowe są już rzadszém zjawiskiem, kiedy przy dziedziczności podwójnej zwykłemi bywają towarzyszami. Co więcéj w parze z têm ostatniém idą wybitne zdolności, wielkie talenta, kiedy w całéj niemal gromadzie potomków, zrodzonych z rodziców, krewieństwem związanych, brak ich zupełny, na każdym niemal kroku postrzegać się daje, obecność zaś ich stanowi jeno szczęśliwy wyjątek.

Skażenie popędów płciowych. Obejmuje ono skażenie popędów w sferze płciowéj, nietylko powszednich spotęgowanych, wszakże kończących się zadość uczynieniem chuci, ale i popędów idealnych, sympatyi i miłości jednego indywiduum do drugiego. Łatwo z tego zawnioskować, że

w téj pobieżnéj pracy, nie będę miał na względzie erotomanii Magnana [1]), to jest ubóstwiania przedmiotów abstrakcyjnych (forma mózgowa), ani onanizm (forma rdzeniowa), ani wreszcie postaci wywiązującéj się z powikłaniem obu form wyżéj podanych. Skażony popęd płciowy, to przedewszystkiém szczególna sympatyja do płci jednoimiennéj, mężczyzny do mężczyzny, kobiety do kobiety, to wreszcie lubieżność dosięgająca rozmiarów, zdradzających nieprawidłowy stan władz umysłowych. Pierwszy postrzegałem u mężczyzn, drugi przeważnie u kobiet, skonstatowałem 23 przypadki owéj chorobliwéj przypadłości, wszystkie wśród rodzin dotkniętych spadkobierstwem psychiczném, pojedynczém, czy podwójném, ubocznéni czy krzyżowém, wszystkie stanowiły cechę osób zkądinąd normalnych, bo po za tą namiętnością chorobliwą byli to ludzie czynu, niekiedy wzorowi gospodarze, niekiedy szczęśliwi finansiści itd. Z 23 podanych 13 przypada na płeć męzką, 10 na żeńską; mężczyzni należeli do tak zwanych pederastów czynnych, biernych pośród nich nie było wcale. Jestem przekonany, że skażenie popędów płciowych występuje i u nas, szczególniéj w ostatnich czasach, daleko częściéj, statystyka wszakże dokładna już z tego względu jest niemożebną, że dotknięty rzeczoną przypadłością stara się zachować ją w tajemnicy, bo jéj niewłaściwość sam aż nadto dobrze rozumie. Nawiasem dodać nie zawadzi, że pośród innych plemion słowiańskich, ze wschodem zbliżonych, zboczenie owe chorobliwe, w uprzywilejowanych zwłaszcza klasach, jest zjawiskiem powszedniém, a w miastach większych egzystują zakłady, naturalnie nie cieszące się opieką prawa, w których mieszkają młode chłopcy, za pewne wynagrodzenie, rolę kinedów wypełniający z wszelką gotowością. Pociąg do płci jednoimiennéj jest częstszy u mężczyzn niżli u kobiet. W tablicach genealogicznych spotykamy się z przypadkiem, gdzie pewien rozkochany w płci swojéj osobniku, ożenił się, miał nawet potomstwo, zerwanie węzłów małżeńskich nastąpiło dopiero z racyi zazdrości, zdawało się bowiem mężowi, że kochanek jego zwrócił swoje afekta ku małżonce a ku niemu zobojętniał. Inny znowu, zniewolony przez rodzinę do zawarcia sakramentu, zapowiedział na wstępie biednéj i wylękłéj oblubienicy, że stosunków z faworytem nie zerwie; tu znowu pewne, dość charakterystyczne zjawisko miało miejsce: akt nienormalnego zbliżenia poprzedzały wspólne modlitwy i pobożne śpiewy, przy dźwięku gitary przed ołtarzem urządzonym wspaniale i oświeconym rzęsiście. Już to ową nieprawidłową a więc chorobliwą lubieżność często spotykałem idącą w parze z ścisłém zachowaniem przepisów kultu, a co więcéj z dziwaczném ich zastosowaniem, przy zadość uczynieniu popędom płciowym. Tak, wiekowy już człowiek, liczący spory poczet obłąkanych antenatów, żonaty, niechybnie psychopata, ilekroć zamierzał sprzeniewierzyć się dozgonnéj towarzyszce, zawsze przed przystąpieniem do owego, jak sam powiadał „sprośnego aktu", jakby z celem oczyszczenia, albo raczéj zdjęcia zeń piętna grzechu, odmawiał modlitwę przez siebie ułożoną, potém organ płciowy żegnał pokilkakroć, co się nazywało u niego „benedykcyją pekatora". I uskuteczniał to z niesłychaną powagą i wiarą głęboką. Przypomina nam to pewnego biskupa z XVI w., niezaprzeczenie także chorego na umyśle, który co wieczór, sekretarzowi kapłanowi kazał sobie ślub dawać z gospodynią, a po spędzonéj z nią nocy co rano otrzymywał rozwód przez niego sankcyjowany. Tak się wyraża o tym biskupie Łętowski: „podpity co wieczór bankiety wyprawiał *cum glotis suae pedisequae a venere quoque quamvis occultius non fuit alienus* i poddane uciskał, gdy go na to podmawiano" [2]).

Wracamy do genealogii. W jednéj szczególnie rodzinie, nie normalny a więc skażony popęd płciowy powtarza się dość często. Cztery pokolenia z 45 osób, na które się składa 22 mężczyzn i 23 kobiety, dotknięte w jednych konarach dziedzicznością pojedynczą, w innych podwójną, liczą 7 przypadków obłąkania, 2 kleptomanii, 2 nagłego zgonu w skutek udaru mózgowego, 1 opilstwa; połowa do tego gniazda należących ulega najrozmaitszym cierpieniom nerwowym, wreszcie spotykamy tu cztery przypadki skażenia płciowego, nie w jednym występującego stopniu, nie w jednaki manifestującego się sposób. I tak, raz był to młodzieniec oddany praktykom religijnym, namiętny gracz, obojętny dla kobiet, nawet wstydliwie dla nich usposobiony, na widok zaś nagich łydek męzkich, kiedy te naturalnie do młodego należały chłopca, roznamiętniał się cały, pieszczotami i pocałunkami je okrywał... jedyny to był objaw sprzeniewierzenia się wybrańcowi, którego stałą miłością otaczał; przyniósł ze sobą spadkobierstwo podwójne. Inny traktował kwestyję pederastyi, jako płciową, przywiązania w nim powstawały nagle, rządził się pociągiem, nie oglądając na stanowisko kochanka, choć w życiu, po za tą namiętnością, wysoko się nosił z swoją rodową przeszłością, pociąg go roznamiętniał, nie szczędził ofiar i upokorzenia, i grosza, byle tylko dopiąć celu, po stracie przedmiotu skażonéj namiętności, albo po napotkaniu nieprzezwyciężonego oporu, wpadał w stan rozdrażnienia, hypochondryi, zamykał się, unikał ludzi, aż nowa miłość nie zabiegła mu drogi. Od czasu do czasu robił wycieczki na wschód, by nad modrym Bosforem zadość uczynić zdrożnym popędom. Po za tem wszystkiém był to człowiek normalny, to jedno chyba odróżniało go od innych, że starał się postaci swojéj nadać wejrzenie kobiece: skrzętnie uprzątał brodę i wąsy, kochał się w odzieniu lekkiém, jedwabném, w barwach jaskrawych, zdaje się, że używał gorsetu, pachnideł najrozmaitszych i pudru. Nawet portrety swoje kazał malować w fantastycznych na pół kobiecych szatach, zdradzających to jego usposobienie; w rodzie miał babkę dotkniętą obłąkaniem, matkę psychopatkę i całe pokolenie, do którego sam należał z szaleńców złożone. Trzeci nakoniec, wielkiego serca, pałał miłością platoniczną dla swych męzkich ideałów, uosobienie ofiarności i poświęcenia na téj drodze, od stosunków płciowych z kobietą nie cofał się, ale przystępował do nich z niechęcią, i to wówczas, kiedy zbyt częstym zmazaniom nocnym ulegał. I tu spadkobierstwo grało niepodrzędną rolę: ojciec opilca, matka dotknięta padaczką. Wszyscy trzej, w dość młodym wieku zeszli z tego świata w kawalerskim stanie. Godném jest zaznaczenia, że pederaści wielką troskliwością okalają swoich kinedów, nawet w okresie, kiedy już z powodu podeszłego wieku tracą zdolność skażonego spółkowania. Pozostaje między temi dziwacznemi stadłami stosunek, jaki zachodzi między małżonkami, którzy zgodnie ze sobą spędzili lata; pederasta bierny, zwykle młodszy, zwykle do niższéj warstwy społecznéj należący, odgrywa jakby rolę kobiety, posiada wpływ nieograniczony na inicyjatora owych uciech chorobliwych i szczególnych też względów od niego doznaje, a po zgonie częstokroć spory odłam fortuny dziedziczy, z krzywdą dalszéj rodziny, bo umierający najczęściéj dzieci nie zostawia. W genealogijach cztery takie zaznaczyliśmy przypadki, w których pederaści czynni, obciążeni bliższém albo dalszém spadkobierstwem, dobiegli sędziwego wieku; pewne nieprawidłowości cechowały ich do końca życia: jeden unikał towarzystwa ludzi, odmawiał sobie wszystkiego, choć ogromną posiadał fortunę, osypując jednocześnie dobrodziejstwami swego dawnego kineda, należał on do rodziny, która wydała kilku pisarzy historycznych wcale nie powszedniéj miary; drugi z domu się nie ruszał, bo mu się zdawało, że za bramą obejścia zostanie aresztowany i uwięziony, bez gości jednak nie mógł się obejść u siebie, kulturę rolniczą doprowadził do wysokiego stopnia w swoich majątkach i w urządzeniu ich zdradzał wysoki smak estetyczny. Jeszcze inny ukończył studyja matematyczne, całe życie oddawał się astronomii, ugrzązł wreszcie w praktykach religijnych, które na współkę z swoim faworytem odbywał. Na koniec czwarty, zbieracz, autor, domu także nie opuszczał, prace zaś swoje zwykle poświęcał ulubieńcowi, gorące na tytułowych kartach wypisując mu pochwały, nie zważając na to, że kined ledwie sylabizować umiał.

Skażenie popędów płciowych u kobiet, uwydatniające się przywiązaniem do płci jednoimiennéj, bywa rzadszém, choć z dziesięciu postrzeganych przez nas przypadków cztery do téj należało kategoryi. A jedna z nich pochodziła z ro-

[1]) *Progrès medical* 1885 Nr. 2 i 3. Kowalewskij, *Psychiatria*. 1885 s. 288. [2]) Katalog II. cz. 2 s. 202.

dziny, któréj trzech osobników opisaliśmy na wstępie. Krzewicielkami Lezbijskiéj miłości były nauczycielki cudzoziemki, przeważnie ze Szwajcaryi, albo z południowéj pochodzące Francyi. Przywoziły nadto to upodobanie panienki wychowane w szkołach francuskich. Zaznaczamy to z pewnym naciskiem. Jedna chora, tylko co właśnie wspomniana, uległa zboczeniu płciowemu w dobie rozkwitu, przedmiotem miłości została młoda guwernantka z pod Marsylii, rodzice wprawdzie postrzegli niezwykły jakiś stan, ale owo ubóstwianie córki dla nauczycielki, przechodzące wszelkie granice, wydało się im z początku „egzaltacyją“ młodéj, wzdychającéj do kochania panienki. Ktoś jednak dostrzegł stosunku, cudzoziemkę wyproszono z domu, wywieziono z kraju... to jeszcze spotęgowało przywiązanie uczennicy, zawiązała się korespondencyja nadzwyczaj rzewliwa; nieświadomy zboczenia chorobliwego po odczytaniu tych listów wyniósłby niechybnie przekonanie o dziwnie stałéj a nieszczęśliwéj miłości różnopłciowych osób, nasza bowiem chora wyobrażała kochanka: tyle tęsknoty, tyle subtelnych dowodów poświęcenia, taka tkliwa niespokojność o byt materyjalny wybranéj, o jéj najdrobniejsze wygody, zachcianki, fantazyje. Po zgonie rodziców, już pełnoletnia dziewica odznaczała się niepowszednią pięknością, rój wielbicieli zabiegał o jéj względy daremnie, znaczny po rodzicach odziedziczony majątek trwoniła na podróże nieustanne dla swojéj „przyjaciółki“, a po jéj zgonie tak się czuła osamotnioną, taką nieszczęśliwą, że się targnęła na własne życie, w falach pięknéj zatoki Nicejskiéj szukała zgonu. Wyratowano ją, z laty przybyło więcéj smutku, a jednocześnie wzmogły się i przypadłości nerwowe, przeważnie spazmy padaczkowe, które ją nieopuszczały do grobu. Dłużéj nad tym przypadkiem zatrzymujemy uwagę czytelnika, bośmy go badali na przestrzeni lat kilkunastu, wtajemniczeni przez chorą, która się jednak nigdy nie dała przekonać, że owe przywiązanie było wynikiem zboczenia w sferze nerwowéj, że cały legijon trapiących ją przypadłości chorobowych z tamtem w ścisłym związku zostawał i był niejako jego następstwem. W innych 6 zdarzeniach, wchodzących w skład patologicznych genealogij, występowała lubieżność, przekraczająca granice najwyuzdańszéj rozpusty; raz jeden przybrała ona formę cierpienia przerywanego, dotkniętą nią była osoba moralna, wykształcona, po za okresem szaleństwa erotycznego dziwnie skromna, posiadająca wielkie zalety umysłu i serca.

W podaném wyżéj sprawozdaniu pośród stu rodów, obejmujących 1564 osób płci obojéj, naliczyliśmy tylko 44 opilców (40 m. i 4 kobiet), nie znaczy to, żeby zamiłowanie spirituali w naszéj klasie uprzywilejowanéj tak skromny przedstawiało odsetek. Aby się wytłumaczyć z zarzutu niedokładności, dodamy, że powyższa cyfra obejmuje przypadki przez nas badane, więc nie wchodzą do niéj owi z XVIII st. miłośnicy kielicha, nie wchodzą i ci, którzy w skrytości nadużywali jego.. Opilstwo jest u nas rozpowszechnione pośród ludzi pióra, pędzla, dłuta, nie ulega to wątpliwości, naliczamy przeszło dziesięciu pisarzy, tak poetów jak i historyków ostatniéj doby, których namiętność owa złamała zupełnie, i nie dziwimy się temu wcale, ptak w klatce śpiewać nie potrafi, skrzydła podcięte nie nadają się do lotu, a kto przyzwyczaił się do szybowania w obłokach, i zamiast tego po ziemi pełzać musi, mimowoli odurza się, choćby alkoholem, by przytłumić do sfer podniebnych tęsknotę... słowo współczucia należy się tym bogom strąconym z ołtarzów, nie oni bowiem winni, o nie oni... W klasie uprzywilejowanéj, zaznaczyć to należy, alkohol zaczyna tracić popularność, wypiera go chloral, a przedewszystkiém morfin stosowany podskórnie, z kolei ten ostatni wyprze kokaina i inne substancyje na szczęśliwego oczekujące wynalazcę. Zawsze atoli dla mas spirytus, w rozmaitych postaciach, jest owym h a s z y s z e m wschodnim, cudowne widnokręgi roztaczającym przed nędzarzem: nie złorzeczcie mu, że w chorobliwych snach pragnie widzieć szczęście, którego na jawie zaznać mu nie sądzono.

Przypadki przez nas postrzegane tak się grupują co do stanowiska zajmowanego przez opilców w społeczeństwie: 20 posiadaczy ziemskich, 3 duchownych, 2 lekarzy, 2 prawników, 6 ekswojskowych, 7 urzędników, obywatelek posiadaczek 3 i 1 żona oficyjalisty prywatnego. A pośród nich 5 autorów, to jest historyków i publicystów, 1 poeta i 3 artystów. Nie wszyscy atoli ulegli swoistemu, na alkoholicznym gruncie, powstałemu zboczeniu umysłowemu, bo z 44 zaznaczonych na wstępie, 23 mężczyzn i 2 kobiety albo 56%.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Loewenthal: Doświadczenia bijologiczne i terapeutyczne nad cholerą.

Prątki cholery tracą swoją jadowitość, gdy się je hodują na sztucznych odżywkach. L. przekonał się, że można im wrócić całą jadowitość, jeżeli do odżywki doda się roztartéj trzustki. Zdaniem autora sok trzustkowy jest właściwym czynnikiem, który wywołuje szkodliwe działanie prątków cholery: prątki dostawszy się do przewodu pokarmowego wytwarzają wspólnie ze sokiem trzustkowym istotę, która wprowadzona w obieg krwi pociąga za sobą przypady cholery. W dalszym ciągu doszedł L. do tego, że mógł powstrzymywać rozwój prątków przez dodanie s a l o l u do odżywki trzustkowéj. Salol, który zabija prątki cholery, jest zupełnie nieszkodliwy dla ustroju ludzkiego i można go podawać do 20 grm. dziennie. Autor też radzi doświadczać środka tego w leczeniu cholery i spodziewa się u człowieka tych samych rezultatów, jakie spostrzegł w epruwetce. (Posiedz. Akad. Umiej. w Paryżu *Le Progrès médical* 1889, Nr. 2). *A. B.*

J. M. Łucenko: Znaczenie teoryi prawdopodobieństwa dlo medycyny.

Autor porusza sprawę mającą znaczenie dla każdego medyka. Cyfry podawane przez statystykę lekarską stanowią we wielu razach *„ultimam rationem“*, na któréj opierają się tak teoryje lekarskie jak i praktyczna działalność. Nie zaprzeczając téj doniosłości statystyki, stara się autor wykazać potrzebę ściśléj krytyki dat statystycznych, opierając się w dowodzeniach swoich na rachunku prawdopodobieństwa.

W obec tego, że czynniki w terapeutyce są różnorodne i często nieobliczalne, należy zawsze być bardzo ostrożnym w wysnuwaniu wniosków pod względem zjawiska z téj dziedziny. Zdaniem autora tylko liczba procentowa znaleziona dla 100,000 spostrzeżeń może być uważana za prawdziwą, podczas gdy znaczenie procentu dla spostrzeżeń 20 równa się prawie zeru. (*Wracz* 1888, Nr. 50). *A. W.*

Dr. Emilio Martinez podał w *„Rivista de Ciencias Medicas“* wyniki badań swoich nad występowaniem białkomoczu w żółtéj febrze. Twierdzi on, że ilość białka w moczu nie stoi bynajmniéj w prostym stosunku do siły zakażenia i ciężkości przebiegu choroby, gdyż niejednokrotnie widział przypadki o niezwykle łagodnym przebiegu, w których ilość białka była znacznie większa niż zwykle. Przeciwnie ilość w moczu istot azotowych ostatnich przetworów powstałych przez przemianę białka może posłużyć jako wskazówka w rokowaniu. Im istot tych mniéj, tem zakażenie cięższe a więc i rokowanie gorsze. Nad etyjologiją żółtéj febry pracuje od dłuższego czasu Dr. Sternberg. Rozliczne poszukiwania za przyrzutem chorobie téj właściwym przedsiębrał Sternberg na Hawanie, w Stanach Zjednoczonych półn. Ameryki, w Brazylii i w Meksyku. W ostatnich czasach odkrył on, że w cieczach i tkankach ludzi dotkniętych żółtą febrą są mikroby, które z wszelkiém prawdopodobieństwem należy uważać za chorobotwórcze. (*The Lancet* Nr. 5, 1889). *A. R.*

† N i e m c y. Towarzystwo lekarskie w Lipsku przyjęło następujący regulamin: § 1. Należy o ile możności unikać leczenia chorego, który już jest leczonym przez innego lekarza. W razie wyraźnego życzenia chorego lekarz, decydujący się przyjąć na siebie jego leczenie, obowiązanym jest zawiadomić natychmiast swego poprzednika. § 2. Narada lekarska może się odbyć pod warunkiem zawiadomienia o tém leczącego lekarza. § 3. Ustawiczne reklamowanie się w dziennikach nie licuje z godnością stanu lekarskiego. Dla tego mogą być ogłoszenia drukowane nie więcéj nad 5 razy w ciągu pierwszych 14 dni po przyjeździe do miasta. O zmianie pomieszkania ogłaszać można

tylko w ciągu 3ch dni. § 4. Zabrania się ustawicznych ogłaszań w dziennikach o ofiarowaniu bezpłatnéj lekarskiéj pomocy. § 5. Wszelkie sprawy tyczące się stanu lekarskiego rozstrzyga sąd honorowy.

† W Bułgaryi zaprowadzono nową ustawę apteczną, w któréj między innemi powiedziano, że rewizyja taksy aptecznéj powinna odbywać się co dwa lata. Jako *curiosum* znajduje się tam paragraf orzekający, że aptekarz oprócz dyplomu musi przedstawić świadectwo, iż nie jest pijakiem.

† Anglija. Według danych urzędowych umarło w Anglii i Walii w r. 1887 60 ludzi liczących najmniéj po 100 lat; z tych 13 mężczyzn i 47 kobiet.

Na zgromadzeniu Royal College of Surgeons w Londynie przyjęto 21 głosami przeciw 2 następującą uchwałę: Rada Royal Coll. of Surg. zwróciła uwagę na książkę Sir Morella Mackenziego pod tytułem: „Śmiertelna choroba Fryderyka Szlachetnego". Rada poczytuje sobie za obowiązek wyrazić swoje ubolewanie z powodu, że jeden z członków College dopuścił się napisania podobnych obwinień i w takiéj formie wystosowanych przeciw wybitnym lekarzom. Rada nie posiada danych, ażeby mogła nabrać dokładnego wyobrażenia o kwestyjach spornych, ale według niéj, żadne wyzwanie, nawet takie, jakie podaje Mackenzie, nie usprawiedliwia ani pojawienia się takiéj książki, ani tonu, jaki w niéj panuje.

† Szwajcaryja. W Zurychu odbyło się próbne spalenie zwłok w piecu wynalezionym przez inżynijera Bourry, które dało dobry rezultat. Za kilka tygodni będzie otwarty taki piec dla powszechnego użytku.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 21 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. wybrano członkami Drów Zdzisława Szydłowskiego, Stanisława Momidłowskiego, Jana Opieńskiego i Wiktora Nattera; następnie kol. Bossowski przedstawił dwóch chorych, u których prof. Rydygier wykonał plastykę na dłoniach, poczém kol. Krokiewicz przedstawił preparat *adeno-carcinoma pancreatis*, oraz preparat krupu przewodu pokarmowego; kol. Obaliński mówił o własném doświadczeniu w sprawie uwięźnięcia wtórorzędnego. W dyskusyi ożywionéj wzięli udział koll. prezes, Browicz, Gluziński, Bossowski, Sondermajer, Zaręba. W końcu kol. Gluziński miał wykład zapowiedziany. Dyskusyję nad tym wykładem z powodu spóźnionéj pory odłożono do posiedzenia następnego.

* Lekarzem okręgowym miejskim mianowany został przez Radę m. Krakowa Dr. Koy.

* W skład Rady sanitarnéj król. Czeskiego na następne 3 lata wchodzą: referent sanitarny Dr. Pelz, proff. Maschka, Weber, Gintl, Jiruš, Horbaczewski, Reinsberg, fizyk miejski Dr. Zahoř i weterynarz krajowy Dr. Mareš jako członek nadzw.

* **Wiedeń**. „Pustelnik z Perchtolsdorf" prof. Hyrtl puszcza w świat 20te wydanie swojéj anatomii opisowéj „z dodatkami i zmianami, jakich postęp nauki wymaga". Pierwsze wydanie wyszło przed 42 laty. Rzecz podziwienia godna, że znakomity anatom pomimo swoich lat 78 i upośledzonego wzroku nie przestaje pracować i podąża za postępem nauki, a przedmowa do nowego wydania przypomina żywo niedościgniony styl z lat jego młodocianych.

Od 1 marca rb. wchodzi w życie rozporządzenie Ministerstwa handlu odnoszące się do reorganizacyi urządzeń ratowniczych przy kolejach żelaznych austryjackich.

* **Berlin**. Zjazd 18ty chirurgów niemieckich odbędzie się tego roku od 24—27 kwietnia pod przewodnictwem prof. Bergmanna.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Zurych**. Prof. nadzw. Stöhr z Würzburga powołany został jako prof. zw. anatomii. — **Kiel**. Docent pryw. Dr. Fischer mianowany prof. nadzw.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Bronisław Władysław Obfidowicz z Krakowa, Józef Dąbrowski z Bukowska, Wojciech Gramatyka z Kalwaryi Zebrzydowskiej i Ludwik Świtalski z Przeworska w Galicyi.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł w 80 roku życia Dr. Dawid Rosenthal, lekarz naczelny szpitala starozakonnych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Drobnika: O charłactwie śluzowo-opuchlinowém; Grundzacha: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka; Matlakowskiego: Przyczynek do chirurgii żołądka (dok.) — W *Medycynie* Nr. Krajewskiego i Wróblewskiego: Rak krtani (dok.); Jaworskiego: Z dyjagn. i terap. chor. żołądka.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Justyn KARLIŃSKI: Ein neuer pathogener Spaltpilz. (Odbitka z *Centralbl. f. Bakteriologie u. Parasitenk. V*), in 8vo; str. 16, z tabl. litograf. — Dr. R BARĄCZ: Cztery przyp. podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki. (Odbitka z *Przegl. Lek.*, 1888), in 8vo, str. 16. — Tenże: Übertragbarkeit d. Actinomycose von Menschen auf d. Menschen. (Odbitka z *W. med. Presse*, 1889), in 8vo, str. 9. — Dr. WICHERKIEWICZ młodszy: Beiträge zur Kenntniss der persist. Pupillarmembran. (Odbitka z Archiwu Graefego, t. 34), in 8vo, str. 22 z 2 tabl. — Prof. OBALIŃSKI: Zur Radikaloperation freier Hernien nach M'Ewen. (Odbitka z *Intern. klin Rundschau*, 1889), in 8vo, str. 8. — Dr. SZADEK: Index Bibliographicus Syphilidologiae II Jahrg. Hamburg u. Leipzig, 1889, in 8vo, str. 71. — Zakład dyjetetyczny Dra SKÓRCZEWSKIEGO w Krynicy. Kraków, 1889, in 8vo, str. 24. — Dr. KLUCZENKO: Über d. Vorkommen d. Pellagra in d. Bukowina. (Odbitka z *W. klin Woch.*, 1880), in 8vo: str. 7. — Dr. K. RUMSZEWICZ (w Kijowie): O ogólném porażeniu mięśni gałki ocznéj. (Odbitka z *Pam Tow lek. warsz*, 1888, III), in 8vo, str. 37. — Prof. OBALIŃSKI: Uiber d. Bauchschnitt b. innerem Darmverschluss. (Odbitka z Langenbecka Archiwu. T. 38, z. 2), in 8vo, str. 20. — Prof. OBALIŃSKI i Dr. JAWORSKI: Ein Fall von Pylorusresektion. (Odbitka z *W. klin. Woch.*, 1889), in 8vo, str. 8. — Dr. F. STRASSMANN: Die Stichhaltigkeit der Magenprobe. (Odbitka z *Berl klin. Woch.*, 1889), in 8vo, str. 5

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 2 Marca 1889. Nr. 9.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztaje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $5^1/_2$ „	„ 6 „

I. Brak miesiączki do 48go roku życia. Mimowolne wywołanie téjże.

Podał docent Dr. Antoni Mars.

Osoby cierpiące na brak miesiączki szukają rady lekarskiéj zazwyczaj w pierwszéj młodości, w czasach panieństwa, albo po zamążpójściu, gdy się rozchodzi o usunięcie niepłodności, zwykle brakowi miesiączki towarzyszącéj. Jeżeli leczenie nie prowadzi u takich osób do celu, godzą się ze swym stanem, rezygnują z miesiączki i potomstwa i późniéj żadnego zwykle leczenia w tym kierunku nie przedsiębiorą. Przypadek, który poniżéj podaję, należy do téj kategoryi, dotyczy bowiem osoby, która do 48go roku życia cierpiała brak miesiączki, a u któréj mimowolnie regularne miesiączkowanie sztucznie wywołane zostało. Przeszukałem odnośną literaturę, lecz przypadku, w którymby w tak późnym wieku miesiączkę wywołano, nie znalazłem i dla tego postanowiłem go opisać.

N. N., 48 lat licząca, wyszła za mąż przed dwudziestu kilku laty. Aż do obecnego czasu nigdy nie miesiączkowała. Z powodu braku miesiączki i potomstwa szukała po zamążpójściu rady lekarskiéj i pozostawała przez lat kilka w leczeniu lekarzy chorób kobiecych. Wszelkie leczenie i podróże do zakładów kąpielowych były bezskuteczne, zaniechała też po kilku latach wszelkiego leczenia. Stan ogólny był zawsze zupełnie dobry, nie żaliła się na żadne dolegliwości i nie chorowała wcale. Tak rzeczy się miały aż do 42 roku jéj życia, w którymto wieku zauważyła, że się pojawiają białe upławy, zrazu skąpe, późniéj jednak coraz to obfitsze. Mimo to jednak nie przywięzując do tych upławów wielkiéj wagi, tém mniéj, że stan ogólny jéj zdrowia przy tém nie cierpiał, nie leczyła się zrazu wcale i dopiero w roku 46 życia, t. j. w 4 lata po wystąpieniu upławów, szukała pomocy lekarskiéj. Zalecone przez lekarza wstrzykiwania z dodatkiem środka ściągającego usunęły upławy w zupełności. Z ustąpieniem jednak upławów wystąpił ból nad pachwiną lewą, od czasu do czasu się powtarzający. Nadto poczęła chora cierpieć na bóle w brzuchu, które zrazu zwykle przez kilka dni co miesiąc dzień po dniu powracały. Każdorazowy ból rozpoczynał się w brzuchu koło pępka, rozpromieniał się ku rękom i nogom, trwał przez kilka i więcéj godzin wzmagając się coraz więcéj, przyczém występowały w rękach i nogach mimowolne drgawki. Przytomność nie ustępowała ani na chwilę a po kilku godzinach takiego stanu następowało wypróżnienie stolcowe połączone z boleściami, odchodziły gazy z jelit w znacznéj ilości, chora doznawała ulgi, która trwała do dnia następnego. Pierwszy dzień były te bóle słabsze, potém dni kilka coraz mocniejsze, a następnie wolniały znów przez dni kilka coraz więcéj. Takie napady bólów powracały okresowo, a chora czuła późniéj już zwykle dzień poprzód, że nadejść mają. Uczucia tego przepowiadającego nie umiała określić dobrze, podawała tylko, że jest niezdrową i że jutro wystąpią bóle w brzuchu. Zwolna wytworzył się stan taki, że chora zupełnie regularnie przez dwa tygodnie miewała opisane bóle codziennie, a przez następne dwa tygodnie była od nich wolną i tak naprzemian. W okresie, w którym bóle przychodziły, żaliła się na różne objawy chorobowe należące do narządu pokarmowego, jak na brak apetytu, gniecenie w dołku podsercowym, odbijanie, jadła mało, mizerniała, a skoro okres ten minął, powracała zwolna do siebie, ustępowały przypady żołądkowe, jadła więcéj, oddawała się zwykłym zajęciom, czuła się jednak zmęczoną i osłabioną, stała wrażliwą i nerwową. Najcięźéj przechodziły te napady w miesiącach zimowych, w lecie gdy wyjechała na wieś, stan zdrowia się polepszał, bóle bywały nieznaczne, a gdy powracała do miasta, cierpienia wracały znów z dawném natężeniem. Stan taki trwał dwa lata, t. j. mniéj lub więcéj od 46—48go roku życia. W ciągu tego czasu przedsiębrała różne kuracyje, jednakowoż bezskutecznie. Narkotyków chora się obawiała, zatém używała ich tylko w razie nadzwyczajnego bólu. W ostatnich miesiącach począł ból tępy nad pachwiną lewą, o którym wyżéj wspomniałem, coraz więcéj choréj dokuczać, a w pierwszych dniach po wystąpieniu napadów stawał się nieznośnym. W tym czasie zostałem wezwany do choréj, abym ten ból nad pachwiną lewą złagodził. Napady opisane chora uważała za chorobę nieuleczną. Nadto na wstępie oświadczyła mi, że nie wierzy w to, aby jéj lepiéj być mogło, a radzi się ulegając życzeniu męża,

mimo to jednak obiecała spełnić wszystko, co jéj zalecę. Co się tyczy popędu płciowego i spółkowania, dowiedziałem się tylko, że spółkowanie odbywa się prawidłowo.

Badanie: osoba szczupła, delikatna, źle odżywiona, skóra sucha, na twarzy drobne zmarszczki, podściółki tłuszczowéj brak. Błony śluzowe blade, tętno wolne spokojne, niezbyt silne. Badanie narządów klatki piersiowéj niewykazało żadnych zboczeń. W jamie brzucha oprócz bolesności nad pachwiną lewą, która się przy ucisku silniejszym w głębi odzywa, nic osobliwego nie znalazłem. Części sromowe zewnętrzne nie okazują żadnych zboczeń, błona śluzowa przedsionka blada, ujście cewki moczowéj prawidłowe, wejście do pochwy miernie szerokie, otoczone strzępami błony dziewiczéj. W pochwie fałdy wygładzone, pochwa prawidłowych rozmiarów. Część pochwowa dziewicza, zbitsza niż w stanie prawidłowym, trochę na lewo ustawiona. W przedniém sklepieniu czuć dalszy ciąg ciała macicy, reszta sklepień wolne, prawe szersze, lewe więcéj szczelinowate. Wśród badania zestawionego, z powodu wiotkości powłok brzusznych ułatwionego, można się przekonać, że macica trochę więcéj na lewo przesunięta leży w prawidłowém fizyjologiczném przodozgięciu; co do rozmiarów jest mniejszą od prawidłowéj, aczkolwiek nie o wiele, gdy się ją waży na palcu, wydaje się lżejszą. Po nad sklepieniem prawém czuć można ciałko odpowiadające i umiejscowieniem jajnikowi małemu. Nad sklepieniem lewém można wybadać jajnik wielkości małéj śliwki, niżéj aniżeli po stronie prawéj położony, o zarysach niezupełnie ostrych, przy dotyku bolesny. We wzierniku pochwa dość blada, gładka, część pochwowa mała, blada, ujście zewnętrzne blade. Z ujścia macicznego występuje kropla mętnego śluzu. Sonda wprowadzona do macicy wchodzi na 6·5 centimetra. W kilka dni po pierwszém badaniu widziałem chorą podczas napadu. Zastałem ją zmienioną nie do poznania, twarz wystraszona, usta skrzywione sine, ręce i nogi blade, chłodne, tętno przyspieszone drobne, ciepłota ciała niepodniesiona. W prawéj połowie brzucha w wysokości pępka po nad *colon ascendens* żali się chora na ból dotkliwy, okolica ta jest trochę tkliwą, ale nieznacznie. Wzdęcia brzucha nie było, wypuk nad miejscem opisaném bębenkowy. Okolica jajnika lewego boleśniejsza przy dotykaniu aniżeli przy pierwszém badaniu. Poza tém nic osobliwego nie znalazłem. Mimo to chora wije się z bólu na łóżku, zaciska zęby, chwyta rękoma za przedmioty otaczające, robi rękoma i nogami ruchy mimowolne, od czasu do czasu widać na rękach i nogach drgawki, nad któremi chora zapanować nie może. Przytomność umysłu zupełna.

Na podstawie powyższego badania i wywiadów rozpoznałem: *Uterus parvus*, *amenorrhea*, *oophoritis sinistra*, *catarrhus intestinorum chronicus*, *convulsiones hystericae enteteralgiae*. Następujący związek przyczynowy wydał mi się najprawdopodobniejszym. Od kilku lat trwający nieżyt błony śluzowéj macicy przesunął się na trąbki i w następstwie sprowadził *perioophoritis* i *oophoritis sinistra chronica*. Zadrażnienie narządu płciowego tym sposobem wywołane sprowadziło okresowe nawały krwi do narządu płciowego, które aczkolwiek niedostateczne do wywołania miesiączki, sprawiają czasowe przekrwienie narządu płciowego. Podczas każdego nawału krwi do części płciowych pogarsza się sprawa chorobowa w jajniku, która znów drogą odruchową wywołuje objawy ze strony narządu pokarmowego jako na miejscu cierpiącém a tém samém w miejscu najmniejszéj odporności. Tym samym sposobem powstają i odruchy na odnogach spostrzegane. Okresowość napadów, wzmaganie się ich nasilenia aż do pewnéj wysokości i ustępowanie powolne naprowadziło mnie na myśl podobną.

W obec tego postanowiłem jużto działać rozdzielająco na cierpienie jajnika, jużtéż usunąć domniemane nawały krwi do narządu płciowego. Nim rozpocząłem leczenie, zaprosiłem do narady kol. P. lekarza chorób wewnętrznych. Z narady wynikło, aby używać środków rozdzielających na obrzmienie jajnikowe i leczenia skierowanego przeciw nieżytowi jelit. Odpowiednie leczenie stósowano przez kilka tygodni, tkliwość jajnika stała się znacznie mniejszą, napady jednak nie zmniejszyły się wcale. Nie widząc z tego postępowania pożądanego skutku, postanowiłem robić miejscowe upusty krwi z części pochwowéj, w czasie gdy napady pojawiać się będą, na co ponownie wezwany kolega się zgodził. W myśl tego wezwano mnie drugiego dnia po wystąpieniu napadów. Po założeniu wziernika okazała się część pochwowa blada, nie okazująca wcale przekrwienia: mimo to zrobiłem choréj miejscowy upust krwi, przyczém odeszło niespełna pół łyżki téjże. Odpływ następnie był bardzo skąpy i niebawem ustał. W pierwszéj chwili chora nie uczuła żadnéj zmiany, a zapytywana odpowiedziała: może mi trochę lżéj w dole brzucha, ale tego nieumiem na pewno powiedzieć. Na drugi dzień napad się nie ponowił, chora czuła się tylko zmęczoną. Trzeciego dnia czuła się dobrze, powstała z łóżka i cały miesiąc była wolną od napadów. Po upływie miesiąca wystąpił znowu napad, powtórzyłem miejscowy upust krwi z części pochwowéj zaraz pierwszego dnia wystąpienia napadów. Odpływ krwi był nieco obfitszy aniżeli pierwszym razem, a napady nie powróciły dni następnych. Upusty podobne powtarzałem przez kilka następnych miesięcy w przeddzień wystąpienia napadów, gdy chora doznawała uczucia, że mają nadejść. Skutek był bardzo dobry, albowiem napady nie pojawiały się więcéj, a chora przychodziła coraz to więcéj do siebie. W ten sposób postępowałem od stycznia do czerwca 1884 roku. Ponieważ chora jak zwykle w czerwcu miała zamiar wyjechać na wieś, a w miesiącach letnich miewała się i tak stosunkowo lepiéj, przerwałem leczenie i wysłałem chorą do Zakopanego z listem do kolegi, aby w razie ponowienia się napadów miejscowy upust krwi z części pochwowéj zastósował. Do picia zaleciłem wodę kissingenską. W październiku tegoż roku widziałem chorą znowu. Przez lato miała się dobrze, pomocy lekarskiéj nie wzywała, bóle nie powracały zupełnie, ale za to pojawiły się w odstępach czterotygodniowych skąpe odpływy miesięczne. Badanie podjęte wykazało stan ogólny bardzo dobry, chora przytyła, cera świeża, apetyt dobry, wypróżnienia stolcowe prawidłowe. Nad pachwiną lewą przy ucisku nie doznaje bolesności. Badanie wewnętrzne wykazuje stan narządu płciowego jak podczas pierwszego badania z tą różnicą, że jajnik lewy jest prawie prawidłowéj wielkości, większy jednak od prawego, ściśle ograniczyć się dający, niebolesny.

Obecnie od tego czasu minęło 4 lata, chora wówczas liczyła lat 48 obecnie liczy 52, miesiączkuje daléj regularnie aczkolwiek skąpo, krew miesiączkowa blada. Czuje się ona bardzo dobrze, przybiera na tuszy, cerę ma zdrową i wygląda wcale świeżo, napady nie powróciły więcéj, na ból nad pachwiną lewą się nie żali.

Wynik leczenia w niniejszym przypadku był niezaprzeczenie pomyślny i potwierdził rozpoznanie i domniemany związek przyczynowy objawów chorobowych. Zajmującém jest wystąpienie miesiączki w tak późnym stosunkowo wieku, bo w latach, w których u kobiet zwykle miesiączkowanie ustaje. Niemniéj ciekawém jest, jak długo to miesiączkowanie potrwa?

Wśród leczenia, jakie u choréj dawniéj stosowano, miejscowych upustów krwi nie próbowano, byłyby one może i pierwéj miesiączkę sprowadziły, co zdaje mi się zależy od tego, czy domniemane nawały krwi do narządu płciowego istniały już u téj osoby dawniéj, czy też dopiero później wystąpiły niedługo przed lub równocześnie z wystąpieniem napadów.

Aczkolwiek z jednego przypadku żadnych wniosków czynić nie można, to przecież przypadek ten zachęca bardzo do używania miejscowych upustów krwi z części pochwowéj i w takich przypadkach, gdzie brak miesiączki napotykamy nawet u osób starszych.

II. Przypadek gastroenterostomii, z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu

podali

Prof. Rydygier i doc. Jaworski z Krakowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

4. Ostatni szereg doświadczeń miał na celu oznaczenie czasu wydalania treści ze żołądka przez otwór sztuczny.

a) Do śniadania składającego się z bułki, jaja i szklanki mleka podano 1·0 salolu. Oddziaływanie fijołkowe po dodaniu chlorku żelazowego do moczu słabo zakwaszonego kw. solnym wystąpiło w bardzo wyraźny sposób po 3 kwadransach, w stolcu zaś, który pojawił się w kwadrans po użyciu salolu tego oddziaływania nie było. Po godzinie wyciągnięto ze żołądka około 200cm.³ miazgi pokarmowéj zupełnie żółtéj, gęstéj alkalicznéj, któréj przesącz był mętny, żółty. Próba salolowa, podana przez Sieversa i Ewalda, wykazywałaby, że żołądek poczyna treść swą w prawidłowym czasie wydalać, lecz poprzednio uskutecznionemi doświadczeniami przekonano się, że treść żołądkowa u tego chorego będąc alkaliczną rozkłada salol, a jéj przesącz daje oddziaływanie fijołkowe z chlorkiem żelazowym, przeto już w żołądku chłonienie salolu odbywać się może. Dla tego musiano uskutecznić następujące próby.

b) Próba białkowa (1 białko twarde i 200cm.³ *aq. d.*) wykazała po 2 godzinach treść żołądkową bezbarwną, w któréj znajdowało się jeszcze około $^1/_3$ cz. pierwotnego białka w nienadtrawionych kawałkach.

c) Obiad próbny Leubego wykazał jeszcze po $7^3/_4$ godziny obecność przeszło 50cm.³ treści żołądkowéj żółtéj z mierną ilością resztek mięsa i bułki, oddziaływania słabo kwaśnego nie pochodzącego od kw. solnego lecz od kw. mlekowego. Treść nie zawierała fermentu sernikowego lecz tylko zymogen sernikowy.

Wydalanie więc badane powyższemi próbami okazało się w porównaniu do stanu prawidłowego do pewnego stopnia upośledzoném. Wnioskując jednak z góry należało się raczéj spodziewać, że pokarmy przez otwór sztuczny szybko do jelit wpadać będą.

5. W końcu wykonano jeszcze dwa razy próby chłonięcia przez błonę śluzową według Fabera i Penzoldta, wprowadzając w kapsułkach po 0·2 jodku potasowego z 200cm.³ wody przekroplonéj do żołądka czczego. Okazał się ten nieprzewidywany wynik, że jod w ślinie pojawił się raz już po 4, drugi raz po 8 minutach, w moczu raz po 8 drugi raz po 15 minutach; w stolcu zaś, który się pojawił w 10 minut po użyciu jodu można było go również wykazać. Wessanie zatém odbyło się tu szybciéj niż w stanie prawidłowym. To należy tém tłumaczyć, że jodek potasowy przez otwór dostał się szybko na błonę śluzową jelita, które, jak się okazuje, szybciéj chłonie niż żołądek. Że tu nie miało miejsca chłonięcie żołądkowe lecz jelitowe, wynika ztąd, że wszyscy autorowie znaleźli chłonienie w przypadkach raka żołądka do $1^1/_2$ a nawet do dwóch godzin upośledzone.

Badanie czynności jelit. 1. Stolce według podań chorego przedtém zaparte, skąpe, twarde i ciemne, stały się po zabiegu operacyjnym częste (3—5 razy dziennie), rzadkie, w ilości jednorazowéj $^1/_4$—$^1/_2$ litra, barwy szarawo białéj.

2. Stolce były badane 9 razy, wykazywały oddziaływanie alkaliczne, dwa razy po użyciu większéj ilości mleka, kwaśne. Pod mikroskopem zauważono: *a)* Włókna mięsne wyraźnie prążkowane, zwykle tylko bladożółto zabarwione, a często nawet bezbarwne. *b)* Bardzo znaczną ilość igiełek tłuszczowych. *c)* Kuleczki tłuszczu obłożone igiełkami, *d)* w trzech tylko stolcach były włókna mięsne wyraźniéj żółto ubarwione, a obok nich tylko nieliczne bryłki barwika żółtego, *e)* w dwóch tylko stolcach spostrzeżono kryształy nieliczne fosforanu magnowo-amonowego, *f)* z pasorzytów tylko raz spostrzeżono jaje włosogłówki. Ani razu nie udało się wykazać stałéj skrobi przez zabarwienie jodem. Z tego badania okazuje się, że tylko skrobia w stolcach była zupełnie dobrze przetrawioną, zle zaś mięso, a gorzéj jeszcze tłuszcz, następnie że w kale znajdowała się tylko mała ilość, a czasem nawet zupełny brak żółci, aczkolwiek w treści żołądkowéj żółć tak często napotykano. Zdaje się, że ilość żółci wydzielanéj w stosunku do przyjmowanych pokarmów jest tu za mała. Porównywając stolce tego pacyjenta ze stolcami choréj po resekcyi odźwiernika wykonanéj przez kol. Obalińskiego znajdujemy wielkie podobieństwo. Należałoby przeto na przyszłość zwrócić bliższą uwagę na tę okoliczność, czy w raku żołądka w obec wytwarzającego się charłactwa w podobny sposób jak kw. solny nie zmniejszają się i inne soki trawiące. sok trzustkowy, żółć, zwłaszcza jeżeli rak, jak w tym przypadku, na wątrobę przechodzi.

3. W celu zbadania czasu, po jakim pokarmy użyte pojawiają się w stolcach, uskuteczniono dwa razy następujące doświadczenie. Rano na czczo dostał chory śniadanie składające się z 2 jaj, szklanki mleka, jednéj bułki centowéj i około 100cm.³ fusów kawowych. W pierwszém doświadczeniu pojawił się stolec szarawo popielaty, w którym znajdowały się ziarna fusów po 6 godzinach, a w drugim po $6^1/_2$. Pokarmy więc zostają przynajmniéj o połowę wcześniéj z ustroju wydalone, niż w stanie prawidłowym, aczkolwiek w żołądku dość długi czas zalegają, a długość jelita ominiętego nie wynosi więcéj niż 50cm. Na czém to przyspieszenie stolców w tym przypadku zależy, trudno powiedzieć. Wprawdzie Fr. Müller widział, że w późniejszych okresach raka żołądka biegunka często się zdarza. (*Verhandl. des Vereins f. innere Med. in Berlin*, 1888, 1 maja. *Deutsch. med. Woch.*, 1888, Nr. 22), lecz tu jéj przed zabiegiem operacyjnym wcale nie było. Nadto znaną jest rzeczą, że w braku żółci w stolcach istnieje zaparcie stolca, a w przypadkach gastroenterostomii opisywanych przez różnych autorów pojawia się raczéj zaparcie stolca niż biegunka.

Tu należy jeszcze nadmienić, że nieliczne ziarna fusów można było w jedném doświadczeniu odnaleźć w żołądku czczym, na drugi dzień badanym.

Z powyższych badań wynika, że gastroenterostomija w tym przypadku nietylko polepszyła stan chorego pod względem przedmiotowym i podmiotowym, ale przybliżyła czynność mechaniczną żołądka w pewnym stopniu do stanu prawidłowego, chemizm zaś trawienia, jak był zniesiony przedtém, takim i obecnie zostaje. Zdaje się, że nawet zupełne przywrócenie prawidłowego wydalania ze żołądka co do czasu za pomocą gastroenterostomii byłoby możliwém, zależałoby ono jednak od miejsca założenia sztucznego otworu i jego wielkości. W tym względzie biorąc na uwagę położenie i ruchy żołądka podczas trawienia, najłatwiéjby się pokarmy do pętli jelitowéj ze żołądka dostawały, jeżeliby otwór był umieszczony najbliżéj granicy dolnéj, a nawet nieco w tylnéj ścianie, i dość blisko części odźwiernikowéj, jednak temu teoretycznemu wymaganiu będą stały na przeszkodzie zapewne trudności, a mianowicie blizkość nowotworu i możność łatwego skrwawienia się z rozgałęziającéj się tu znacznie tętnicy (*arteria coronaria inferior dextra*). Ze gastroenterostomię w tym przypadku należy uważać za zupełnie udałą, wynika już ztąd, że nie pojawiło się dotąd żadne nieprzyjemne powikłanie, jakie autorowie przytaczają. A mianowicie otwór sztuczny się utrzymuje i nie zaciska się, jak to było w przypadku Rockwitza (*Centrbl. f. med. Wiss.*, 1882, Nr. 2), gdyż treść żołądkowa niezmiennie dostaje się do jelit. Ucisk podniesionéj pętli jelita czczego na jelito poprzeczne, jak to zauważali Billroth, Lauenstein, Rockwitz, tu nie istnieje, chociaż pętla jelita czczego jest umieszczona na przedniéj ścianie żołądka nad poprzecznicą, a nie w ten sposób jak Courvoisier i Hacker doradzają na tylnéj ścianie żołądka poza poprzecznicą. Pozostaje jeszcze zastanowić się nad dostawaniem się żółci do żołądka, co w jednym przypadku Billrotha wywoływało wymioty żółciowe, a z powodu któréj okoli-

czności radzi nawet Wölfler zabieg operacyjny zmodyfikować. Z naszego punktu widzenia należy w raku żołądka, gdzie trawienie się nie odbywa, ale tylko fermentacyja alkaliczna, poczytywać wprowadzenie żółci jako bardzo pożądane, gdyż ona działa, jak się w tym przypadku okazuje, przeciwgnilnie na treść żołądkową i rozpoczyna w braku soku żołądkowego trawienie w samym żołądku [1]). Sprawia ona to samo, co Reichman zamierza dopiąć podając chorym na zanik błony śluzowéj żołądka wyciąg trzustkowy. Wreszcie należy się w naszym przypadku spodziewać, że wykonany zabieg operacyjny, aczkolwiek będący zabiegiem tylko symptomatycznym, wystarczy zupełnie dla chorego, aż do zabójczego rozszerzenia złośliwego nowotworu, co według dotychczasowych zgodnych podań statystycznych wszystkich autorów nie da na siebie czekać dłużéj jak 12, a co najwięcéj 14 miesięcy. Porównywając wyniki powyższe z wynikami, jakie się otrzymuje przez inny zabieg operacyjny w przebiegu raka odźwiernika t. j. przez resekcyję tegoż, np. w przypadku kol. Obalińskiego (*Nowiny Lekarskie*, 1889, Nr. 1), to okazuje się, że one są te same, przynajmniéj nie gorsze. Przez resekcyję raka odźwiernika, ani prawidłowego mechanizmu a tém mniéj chemizmu schorzałego żołądka nie jesteśmy w stanie przywrócić, a recydywa pomimo najlepszéj chęci operującego, bądź przez rozszerzenie się ukrytych mikroskopowych ognisk oddalonych znacznie od pola operacyjnego, bądź przez rozsianie sprawy nowotworowéj na inne narządy w krótkim czasie następuje. Jeden tylko przypadek resekcyi raka odźwiernika z kliniki Kochera w Bernie przeżył dwa lata, kończąc się jak to często bywa ponownem zwężeniem odźwiernika (Streit: (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1889, Nr. 2). Natomiast naraża się chorego na zabieg operacyjny pod każdym względem o wiele cięższy niż gastroenterostomija. Ponieważ rak odźwiernika w swoich początkach, gdzie go można uważać za ograniczony, chociaż i to odgraniczenie jest bardzo wątpliwem [2]), z pod rozpoznania się usuwa, a chory nie czujący większych dolegliwości nie ma wcale chęci do poddania się operacyi lub tylko cięciu próbnemu, przeto dostają się w ręce chirurgów tylko takie przypadki późniejszego okresu, u których miejscowe cierpienie wycięciem nie da się już usunąć, nad czem Rydygier jeszcze w swoich dawniejszych pracach (*Przegl. Lek.*, 1882, Nr. 33) w tym przedmiocie, a obecnie Matlakowski, *Gaz. Lek.*, 1889, Nr. 5 słusznie ubolewają; nadto siły tych chirurgicznych pacyjentów są już tak wyczerpane, że pomyślnego wyniku operacyi w obec znacznéj małokrwistości spodziewać się nie można. Laker (*Wien. med. Wochensch.*, 1886, Nr. 28) bowiem przychodzi do wniosku, że u chorych, u których ilość hemoglobiny obniża się poniżéj 30%, na pomyślny wynik operacyi krwawéj już liczyć nie można. A właśnie w raku żołądku znalazł Haeberlin (*Münch. med. Wochensch.*. 1888, Nr. 22) bardzo znaczne obniżenia ilości hemoglobiny we krwi. Lekarz więc będzie nastawał w przebiegu raka żołądka na wykonanie gastroenterostomii, a chyba tylko w wyjątkowo sprzyjających wczesnych przypadkach resekcyi całkowitéj odźwiernika. Za tém przemawia téż i statystyka śmiertelności. Po resekcyi odźwiernika wypada ona (z powodu zapadu, skrwawienia się, zapalenia otrzewny, wycieńczenia sił itd.) według zestawienia Richtera (*Ctrbl. f. Chir.*, 1886, Nr. 33) 71%, a według twierdzenia Hahna (*Verhandl. d. XVI Congress. d. deutschen Chir. in Berlin*, 1887) nawet 75%, a prawdopodobnie jest o wiele większą, gdyż przeważnie szczęśliwie tylko przebiegające resekcyje zwykle ogłaszają; śmiertelność zaś po gastroenterostomii podaje Rockwitz na 44·8% (na 29 operowanych 17 wyzdrowiało (*Zeitsch. f. med. Wiss.*, 1888, Nr. 2), pomimo że do gastroenterostomii pozostawia się najwięcéj charłacze indywidua, w których już niczego lepszego nie ma do zrobienia, bo wszystkie lepiéj odżywione i z chorobą mniéj posuniętą zachowuje się do resekcyi. To téż i wielu chirurgów (Courvoisier, Hahn, Rockwitz i inni) skłaniają się więcéj do gastroenterostomii niż do resekcyi raka odźwiernika. Najgłówniejsze, a może jedyne wskazanie do resekcyi odźwiernika, pozostaje to, gdzie ten zabieg operacyjny może być zabiegiem doszczętnym t. j. po bliznowatych zaciśnięciach odźwiernika, np. po wrzodzie i to u osób względnie dobrze jeszcze odżywionych, które to wskazanie Rydygier jeszcze w r. 1880 na Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie postawił (*Langenbeck Archiv*, T. XXVI, H. 3), a na dwóch przypadkach tego rodzaju szczęśliwie przebiegających pierwszy trwałą skuteczność téj operacyi wskazał (Przegl. Lek., 1881, Nr. 50), gdyż jedna operowana przez Rydygiera jeszcze dotąd bez żadnych dolegliwości żyje. Tu w obec długiego trwania życia, jakiego chorzy z bliznowatem zaciśnięciem odźwiernika po zabiegu operacyjnym spodziewać się mogą, wykonanie gastroenterostomii zamiast radykalnie leczącéj resekcyi mogłoby nawet w obec możliwych następstw, wymienionych przy gastroenterostomii, stać się z biegiem czasu zgubnem, gdyż mogłoby dać powód do powstawania powikłań skracających nawet życie operowanego.

[1]) Wpływ żółci na trawienie w tym przypadku okazał się w bardzo wybitny sposób. I tak dostrzegano, że w dniach, w których treści żołądkowéj nie aspirowano, stolce były wprawdzie odbarwione, jednak pod mikroskopem wybitnych kuleczek tłuszczu nie było, lecz igiełki, a włókna mięsne okazywały się wyraźnie żółto ubarwione. Ciężar ciała po 1 lub 2 dniach wolnych od aspiracyi podnosił się o pół lub więcéj kilograma, czem się wyżéj podane niejednostajne wzmaganie ciężaru ciała chorego tłumaczy. Sądząc po tym przypadku zdaje się, że przetrawienie i skutki przeciwgnilne możnaby lepiéj osiągnąć w przypadkach zaniku, a może i nieżytu śluzowego żołądka przez wprowadzenie większych ilości żółci do żołądka, niż przez podawanie kwasu solnego. — [2]) W dyskusyi nad tym przypadkiem zauważył Dr. Hempel, że robiąc preparaty mikroskopowe ze żołądków rakowych w pracowni prof. Browicza, nie dostrzegał w przebiegu raka żołądka prawidłowéj błony śluzowéj, a co ważniejsza, że znajdował kilkakrotnie rozsiane ogniska rakowe luźnie umieszczone w błonie podśluzowéj, sięgające aż do wpustu, chociaż ściany żołądka wydawały się makroskopowo prawidłowemi.

III. Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie.

Podał Dr. Justyn Karliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Po upływie 24 godzin wypompowano pewną ilość wody studziennéj i zużyto tak do badania bakteryjologicznego jak i do badania chemicznego. Badanie chemiczne wykazało, że wprowadzenie do studni 5 litrów pożywki rosołowéj wraz z niezmierną ilością grzybków nie pozostało bez wpływu na skład chemiczny wody. Podczas gdy woda studzienna bezpośrednio przed dodatkiem pożywki 2·26 miligr. połączeń organicznych, 24 miligr. chloru, 78 miligr. kwasu azotowego i 764 miligr. osadu po odparowaniu w 1000cm.^{3} zawierała, okazywała woda studzienna w 24 godzin potem: 810mlgr. osadu, 40mlgr. chloru, 70mlgr. połączeń organicznych i 78 miligr. kwasu azotowego. Ilość wody w studni pozostała nie

zmienioną. Badanie bakteryjologiczne okazało przedewszystkiem znaczną ilość kolonij grzybków pierwotnie zamieszkujących (13000 w 1cm.³), typowych zaś kolonii prątków durowych, których przyrodę przez porównanie z takiemiż na innych płytkach wzroslemi, daléj przez liczne przeszczepienie na świeżą pożywkę i pożywkę kartoflaną stwierdzono w 24 godzin po dodaniu, było jeszcze 130000 cm.³.

Dnia następnego (a więc w 48 godzin po dodaniu pożywki zaprawionéj) spostrzedz można wybitny jeszcze wpływ téjże na skład chemiczny wody, gdyż ta 810mlgr. osadu, 36mlgr. chloru, 60mlgr. połączeń organicznych w 1000cm.³ zawierała. Ilość kolonij w ogóle na odnośnych płytkach wynosiła *110000* okazów w 1cm.³ a między niemi *18000* kolonij wejrzeniem przypominających kolonije prątków durowych, kolonije przedstawiające jednak odmienne zabarwienie (brudno żółte) partyi środkowéj. Kolonije te w wielkiéj ilości przeszczepiono na świeżą pożywkę celem następowego zidentyfikowania.

W trzecim dniu doświadczenia skład chemiczny wody przedstawiał się w następujący sposób: Osadu 798mlgr., chloru 35, połączeń organicznych 15mlgr. kwasu azotowego 60 mlgr. w 1000cm.³, płytkowych hodowlach 200000 kolonij w ogóle z 1cm³, między niemi 9.400 kolonij podobnych takimże prątka durowego, z któremi w podobny postąpiono sposób, co dnia poprzedniego. Czwartego dnia wynosiła ilość chloru 22mlgr., połączeń organicznych 10·8 kwasu azotowego 68miligr. i osadu 782 miligr. w 1 litrze. Na płytkach 200000 kolonij w ogóle, między niemi 20000 kolonij rosnących bez rozpuszczania pożywki, a między niemi a n i j e d n a, którąby wejrzeniem swém kolonię prątka durowego przypominała. Od tegoż dnia za pomocą drążka kilka razy dziennie mięszano wodę, sięgając każdym razem aż do namułu na dnie się znajdującego, celem przekonania się, czy przypadkiem sedymentacyja wprowadzonych prątków nie nastąpiła, to samo czyniono przed zaczerpaniem każdéj nowéj próbki, służyć mającéj do badania bakteryjologicznego.

Vgo dnia zawierał litr wody studziennéj: 780 miligr.; 26 miligr. chloru, 73·2 milgr. kwasu azotowego i 5·5 miligr. połączeń organicznych, a badanie bakteryjologiczne wykazało 117000 kolonij w ogóle a między niemi 700 kolonij w 1cm.³ przypominających prątek durowy.

VIgo dnia znaleziono przy badaniu chemicznem 24mlgr. chloru, 3·3 mlgr. połączeń organicznych, 70·4 mlgr. kwasu azotowego i 780mlgr. osadu w 1000cm.³, przy badaniu bakteryjologicznem wśród 80.000 kolonij w ogóle, 200 podobnych kolonijom prątka durowego w 1cm.³.

VIIgo dnia wynosiła ilość osadu w 1 litrze 781 mlgr. chloru 23mlgr., połączeń organicznych 3·0mlgr. i 69·6mlgr. kwasu azotowego. W 1cm.³ było 60000 kolonij w ogóle i 100 przypominających kolonije prątka durowego.

VIII dnia prezentuje się skład chemiczny: 776 mlgr. osadu, 3·0mlgr. połączeń organicznych, 22·6mlgr. chloru i 70·8milgr. kwasu azotowego w litrze, i 23000 kolonij w ogóle między temi 40, kolonije prątka durowego przypominające.

IXgo dnia w składzie chemicznym mierny przybytek co do chloru i kwasu azotowego (24·1, 71·2) a wśród 18000 kolonij w 1cm.³ zaledwie 20 kolonij podobnych do kolonij prątka durowego.

Od Xgo dnia wraca skład chemiczny wody do normy pierwotnéj, ilość kolonij w ogóle w dniu tym 7000 z 5cioma kolonije durowe przypominające, w XIym dniu norma ich zupełnie wśród 4000 kolonij w ogóle, to samo w XIIym (1900 kolonij w ogóle) a w trzynastym dniu doświadczenia znajdują się wśród 900 kolonij zaledwie 4 podejrzane, które jednak już trzeciego dnia zielone zabarwienie gelatyny sprowadzając łatwo odróżnione być mogły.

Pozostawała więc żmudna praca zidentyfikowania wielkiéj liczby przeszczepionych z każdorazowych płytek kolonij podejrzanych, któréj rezultat następujący. Kolonije z pierwszego i drugiego dnia doświadczenia z c a ł ą pewnością uważane być muszą za kolonije prątka durowego, ich zidentyfikowanie tak na nowych płytkowych hodowlach, jak i hodowlach kartoflanych udało się. Natomiast badanie przeszczepionych kolonij z dni następnych wykazało, że wśród wielkiéj ilości przeszczepionych kolonij a n i j e d n a nie może być zidentyfikowaną z hodowlami prątka durowego, gdyż przeszczepione kolonije podejrzane z dnia 3, 4, 5, 6, na pożywkę gelatynową 7-procentową też rozpuszczały, a na kartoflach wybitną i s t a ł ą warstwę koloru brudnożółtego wytwarzały, kolonije z dnia 8, 9 i 10 wzrastały na kartoflach jako brunatna bańkami gazów podniesiona warstwa, niemile cuchnąca, i cechę tę stale, mimo licznych przeszczepień na nowe podłoże zachowywały.

Jak z doświadczenia tego widać, mimo tak wielkiéj ilości wprowadzonych prątków durowych, nie potrafiły się też dłużéj jak dni 2 w wodzie studziennéj utrzymać. Dodatek pożywki rosołowéj wpłynął korzystnie na rozwój grzybków wodnych, które od chwili wprowadzenia téjże pożywki energicznie rozwijać się poczynają i wracają do pierwotnéj liczebnéj normy dopiero 13go dnia badania. Widoczna więc, że dodatek ten pośrednio niekorzystnie wpłynął na los wprowadzonych prątków durowych, dla tego też postanowiłem ominąć go przy następnych doświadczeniach.

W drugim szeregu doświadczeń postanowiłem dodawać mniejsze ilości prątków durowych na raz do wody i w tym celu z 24 hodowli na ukośnie ułożonéj pożywce gelatynowéj i z 6ciu z pożywki agarowéj za pomocą pręcika platynowego zdjąłem warstwę, jaką prątek durowy na niéj tworzył, omijając o ile to było możliwém uszkodzenie podłoża i zabranie tegoż. Rozmięszawszy dokładnie w 400cm.³ wody jałowéj wprowadziłem w wyż podany sposób do studni. Nadmienić muszę, że ilość wody studziennéj w ciągu pierwszego i następnych szeregów doświadczeń nader małe okazywała wahania, a codziennie mierzona ciepłota między 8·0°C. a 10·2°C. wahała się. Drugi szereg doświadczeń podjąłem w 10 dni po ukończeniu pierwszego, codziennie badając podczas tego skład chemiczny i ilość napotkanych grzybków wodę zamieszkujących. Skład chemiczny i ilość grzybków przez czas ten utrzymywały się stale, częste mięszanie wody studziennéj za pomocą drążka następne badania bakteryjologiczne nie mogły mnie pouczyć, aby ilość grzybków się zwiększała, coby za sedymentacyją na ścianach studni lub w namule dna wskazywało. Wyjęte próbki z zawiesiny prątka durowego użytéj do drugiego doświadczenia użyte do hodowli płytkowych pouczyły mnie, że w 1cm.³ téjże 9000000 okazów prątka durowego się znajdowało. W pół godziny po dodaniu i dokładnem zamięszaniu wody wyjęte próbki po zastósowaniu metody płytkowéj zawierały w 1cm.³ w ogóle 5900 kolonij, między niemi 4780 kolonij prątek durowy przypominających, ilość grzybków pożywkę rozpuszczających pozostała ta sama co i przed dodaniem.

Badania chemiczne wody w ciągu doświadczenia tego i następnych podjęte nie mogło pouczyć, aby dodatek ten

wpływał na skład chemiczny, który co do wyż wymienionych składników wahał się w granicach, jakie przed rozpoczęciem doświadczenia znajdowałem.

W 24 godzin po wprowadzeniu prątków durowych do studni, wśród 3900 kolonij w ogóle 1600 kolonij do prątka durowego podobnych, w drugim dniu ilość kolonij w ogóle *3200* a kolonij podejrzanych *800* w 1cm.³, przyczém znaczne zwiększenie się ilości kolonij grzybków pożywkę rozpuszczających. W trzecim dniu napotkać mogłem 100 kolonij podejrzanych wśród 2600 kolonij w ogóle w 1cm.³ zawartych, w IVym ilość kolonij w ogóle wynosi 2200 a między niemi 30 podejrzanych, których w V i VI dniu badania wśród 1800 wzgl. 1300 kolonij w ogóle całkiem niema.

Podjęte identyfikowanie kolonij podejrzanych pouczyło mnie, że kolonije przeszczepione z pół godziny po dodaniu zawiesiny do wody studziennéj, daléj kolonije pochodzące z pierwszego, drugiego i trzeciego dnia doświadczenia niczém nie różniły się od kolonij prątka durowego i za takowe uważane być muszą, podczas gdy kolonije z czwartego dnia stanowczo od typowych odróżnić się dały.

Do trzeciego doświadczenia użyłem jeszcze mniejszéj ilości prątków durowych, a mianowicie sporządziłem sobie zawiesinę z 14 hodowli prątka tego na pożywce gelatynowéj z *250*cm.³ wody zjałowionéj. Zawiesina ta, jak mnie odnośne rezultaty stosowania metody płytkowéj pouczyły, zawierała w 1cm.³ 6600000 okazów prątka durowego. W 4 godziny po wprowadzeniu do studni i rozmięszaniu dokładném na płytkach prawie same tylko kolonije prątka durowego w ilości 3000 w cm.³. Po upływie 24 godzin wyjęte próbki okazują już przybytek kolonij grzybków pierwotnych, bo wśrd 3600 kolonij w ogóle 2400 kolonij prątka durowego w 1cm.³ napotkałem. Drugiego dnia od rozpoczęcia doświadczenia wśród 2400 kolonij w cm.³ 900 zupełnie przypomina kolonie durowe, na płytkach występuje gatunek, który w drugiém doświadczeniu wcale się nie pojawiał a przy pierwszém bardzo często był reprezentowany, gatunek prątka wielopostaciowego pokrewnego gatunkom *Proteus* (Hauser), odznaczający się piękną żółtą barwą i dziwacznie pokręconemi wypustkami kolonii pierwotnéj, dość szybko pożywkę gelatynową rozpuszczający. W trzecim dniu doświadczenia wśród 2000 w ogóle ledwie 26 w cm.³ podobnych prątkowi durowemu, brak ich zupełny dnia czwartego wśród 1800 kolonij w ogóle, pojawiają się dnia piątego w liczbie 16stu wśród 1700 kolonij, nie ma ich zupełnie w szóstym i siódmym dniu doświadczenia.

Kolonije pochodzące z pierwszego do trzeciego dnia doświadczenia dają się zupełnie z kolonijami prątka durowego zidentyfikować, natomiast pochodzące z dnia 5go nic z nim wspólnego nie mają, jak to wybitnie porównawcze hodowle okazały. Znaleziony grzybek prócz innych odróżniających go nigdy nie okazywał ruchów. Ponieważ ilość wprowadzonych do wody studziennéj prątków durowych zdawała mi się za wielką, uskuteczniłem jeszcze jedno doświadczenie, używając do tego zawiesiny sporządzonéj z warstwy grzybkowéj 5ciu hodowli prątka durowego na pożywce gelatynowéj z 100cm.³ wody. Metodą płytkową stwierdziłem, że 1cm.³ zawiesiny téj około 2100000 okazów prątka durowego zawierał. Po wlaniu do studni i należytém rozmięszaniu uskutecznione hodowle płytkowe okazywały 2100 kolonij w ogóle a między niemi 300 kolonij prątka durowego w 1cm.³. Po upływie 12 godzin podjęte ponowne badanie bakteryjologiczne okazało prawie tę samą ilość kolonij w ogóle, między temi jednak 186 kolonij typowych i 22 atypowych, jednak przypominających prątki durowe. Po następnych 12 godzinach podobnie jak i w dalszych co godzin 12 przedsięwziętych badaniach nie znalazłem ani razu kolonii prątka durowego, a znajdujące się tu i owdzie temuż podobne oraz owe 22 wyż wspomniane okazały się nieidentycznemi z prątkiem durowym. Tym razem więc prątek durowy zaledwie 24 godzin w wodzie żywotność swą zachował.

Nie ma dotychczas w literaturze podań co do ilościowego znajdowania się prątków durowych w wydzielinie jelitowéj, a dwa w tym kierunku uskutecznione badania z natury rzeczy nie są w stanie rzucić światło na tę kwestyję.

Celem przekonania się o wartości rozlicznych podań o znalezieniu prątków durowych w kale i ewentualnego wyzyskania znalezienia takowego do celów dyjagnostycznych zmięszałem 20cm.³ świeżo oddanego płynnego kału pacyjenta w 16 dniu choroby będącego z 200cm.³ wody jałowéj destylowanéj i dodawszy 0·4gr. kwasu karbolowego skłóciłem dokładnie, pozostawiając mięszaninę tę przez godzin 6 w termostacie. Postępowałem więc zupełnie według przepisu Chantemesse-Widala, który przez dodatek taki kwasu karbolowego ułatwiali sobie badanie, wyzyskując większą odporność prątka durowego na działanie tak stałego środka odkażającego.

Stosując następnie odpowiednie rozcieńczenie i metodę płytkową otrzymałem na płytkach rzeczywiście kolonije prątka durowego obok dość licznych kolonij grzybków pożywkę rozpuszczających. Przypuściwszy nawet, że rozmięszanie kału z wodą było kompletne i że przy stosowaniu rozcieńczenia więcéj niż połowy w kale zawartych prątków durowych nie uroniono, pouczyły mnie odnośne rezultaty liczebne, że w badanym kale na 1cm.³ tegoż, 41 prątków durowych przypada wynik, dla którego bynajmniéj znaczenia reguły nie windykuję. Innym razem ponowiłem badanie kału u chorego żołnierza z szpitala garnizonowego w Insbruku z rozpoznaniem: *Typhus abdominalis*, poczynając badanie od 5go dnia choroby aż do 11go, w którym zgon pacyjenta nastąpił. Mimo bardzo licznych poszukiwań nie zdołałem tą drogą, w wydzielinie kałowéj z 5go — 9go dnia choroby, prątków tych wykazać, pojawiły się natomiast w bardzo małéj ilości w 10 i 11ym dniu choroby, a było ich według odnośnego obliczenia 16 — 21 w 1cm.³ kału obok znacznéj ilości grzybków obcych, reprezentowanych w 9ciu gatunkach, dla których dodatek kwasu karbolowego całkiem był obojętnym. Z braku odpowiedniego materyjału byłem zmuszony zaniechać odnośnych poszukiwań, do których być może innym razem powrócę.

Zbierając wyniki 4ch wyż opisanych doświadczeń, podjętych z prątkiem durowym, znajdujemy, że wielkie ilości prątków tych wprowadzone do studni tamże dni 3 trzymać się są w stanie i tamże wykazane być mogą; ilości mniejsze, a o takie przy zakażeniu źródeł lub studni rozchodzić się może, już po 24 godzinach obumierają, i że dodatek jakiegobądź materyjału odżywczego, jakim przy zakażeniu wody studziennéj jest dodatek zawartości kanałów lub wychodków, korzystnie usposabia grzybki pierwotnie wodę zamieszkujące i rychlejsze zniszczenie grzybków durowych wywołuje.

Badań podobnych nie przeprowadzono dotychczas, z wyjątkiem chyba poszukiwań Emmericha [1]) nad zachowa

[1]) Emmerich: *Mittheilungen über die im Jahre 1887 im hygienischen Institute zu München ausgeführten bacteriologischen Untersuchungen.* Mnichów, 1888.

niem się wąglika w wodzie studziennéj. Emmerich wprowadzał wielkie ilości zarodków wąglikowych zasuszonych na zarodnikach widłaka (*Lycopodium*) do studni i przekonał się, że gdy zaraz po rozmięszaniu ilość kolonij wąglikowych 208 w cm.³ wynosiła, już po 12 godzinach ilość tychże do 60 w cm.³ opadła, znika zaś zupełnie w ciągu dni następnych, a mimo dokładnego każdorazowego mięszania udało się tylko w 5tym dniu znowu nieco kolonij uzyskać, późniéj zaś nie znaleziono ich zupełnie. Celem przekonania się, czy woda ta dla ustroju zwierzęcego znaczenie mieć może, karmiono od pierwszego dnia doświadczenia przez 4 tygodnie owce strawą obficie wodą studzienną zaprawioną, poczém ani jedna z użytych do doświadczeń owiec nie zachorowała. W obec znanego zresztą prawidła, że zakażenie wąglikowe przez karmienie o wiele trudniéj niż przy wdechiwaniu lub zranieniu do skutku przychodzi, doświadczenie to samo przez się nie wiele kwestyję powstawania zakażenia drogą wody rozjaśnia. W obec nieznanéj nam dotychczas okoliczności, ile naraz prątków durowych, wprowadzonych do przewodu pokarmowego człowieka, (u zwierząt doświadczenia te nie udają się) zakażenie spowodować są w stanie, nie mogę wyników doświadczeń moich za rozstrzygające w kwestyi téj uważać, gdyż wyniki te wskazują jedynie, że wielkie nawet ilości prątków durowych dłużéj niż dni 3 pobytu w wodzie wytrzymać nie są w stanie i tamże tylko w tym czasie wykazane być mogą. Doświadczenia nad zachowaniem się prątków durowych w wodzie studziennéj, na razie z przyczyn odemnie niezależnych i w uwzględnieniu téj okoliczności, że w naszym klimacie przedewszystkiém o dur rozchodzić się może, li tylko do grzybka tego ograniczyłem, być może że powrócę do nich kiedyś; ich ogłoszenie w obec świeżo poruszonéj kwestyi, czy woda wodociągowa epidemicznego wystąpienia duru w Wiedniu i Peszcie nie sprowadziła, zdawało mi się być uzasadnionem.

IV. W sprawie objawu Stoffeli i Pinsa.

W Nrze 8ym Przeglądu Lekarskiego na str. 92 jest podana wiadomość o nowym dotąd nieopisanym objawie zapalenia osierdzia, którego odkrywcą jest prof. Dr. v. Stoffela względnie Dr. Pins. (*Internat. klin. Rundschau*, Nr. 4 i 5).

Objaw polega na tém, że obszar poprzeczny t. z. stłumienia serca zmienia się przy zmianie położenia chorego z poziomu w pion i odwrotnie.

Jestto objaw, który świadczy tylko, że w worku osierdziowym znajduje się płyn, a czy jest zapalenie osierdzia, rozpoznaje się w dalszym ciągu z innych znaków towarzyszących.

Nie o to mi jednak chodzi, lecz o to, że już w r. 1871 Gerhardt w swoim *Lehrbuch der Auscultation und Percussion*, II A., str. 268, podaje ten objaw jako przez siebie odkryty, a od tego czasu wszystkie podręczniki o chorobach serca wymieniają tego autora jako odkrywcę powyższego objawu wypukowego.

W moich dziełach o chorobach serca jest to zjawisko pod odpowiednim nagłówkiem omówione, ja zaś w praktyce od 18 lat posługuję się nim w celach rozpoznawczych.

Tyle dla sprostowania pseudonowego wynalazku, jeszcze niby nieopisanego.

Lwów 26 lutego. *Dr. Widmann.*

V. Z praktyki prywatnéj.

Ugrzęźnięcie ciała obcego o ostrych brzegach w przełyku, zepchnięcie sondą połykową, wyleczenie.

Chociaż kazuistyka utkwienia ciał obcych w przełyku nie jest zbyt rzadką, to jednak przypadek niniejszy, który podaję do wiadomości kolegów, zdaje mi się zasługiwać na pewne zainteresowanie się częścią dla niezwykłości reakcyi, jaką ciało obce w ustroju wywołało, częścią z powodu znacznego przeciągu czasu, przez który takowe w przewodzie pokarmowym zostawało.

Dnia 2 grudnia 1888 r. przybyła do mnie z Lenkowiec, wsi odległéj o niespełna pół mili od Czerniowiec, wieśniaczka Anica Hruszakowa, 28 lat licząca, w towarzystwie drugiéj kobiety, podtrzymującéj ją, a z opowiadania téj ostatniéj dowiedziałem się, iż dnia poprzedniego pacyjentka jedząc kapustę z mięsem wieprzowém uczuła nagle dotkliwy ból w przełyku, poczém natychmiast upadła na podłogę i wśród ustawicznéj czkawki przez mniéj lub więcéj dwie godziny nie mogła ani słowa wymówić. Wyraz twarzy miał być wystraszony, oczy mocno z oczodołów wyparte, sinica na twarzy. Dowiedziawszy się o co rzecz idzie, przystąpiłem zaraz do zbadania pacyjentki, a wynik tego był następujący: Kobieta młoda, wzrostu słusznego, dobrze zbudowana i odżywiona. Wyraz twarzy przelękniony, na ustach i całej twarzy wybitna sinica, czoło pokryte chłodnym potem. Oddech ciężki, przyspieszony, liczba oddechów 48 razy na minutę. Ciepłota ciała dotykiem badana zdaje się być normalną. Na zapytanie odpowiada chora cichym szeptem i to z widocznym wysiłkiem. — Naprowadzony wywiadami na możliwość obecności obcego ciała w przełyku, zamierzałem zrazu wykonać próbę z „połykaniem wody", nie chcąc jednakże tracić czasu na pouczanie choréj w jaki sposób ma się przy téj próbie zachować, wyjąłem sondę połykową i wśród częstych odruchów wymiotnych ze strony pacyjentki, wprowadziłem ją mniéj lub więcéj powyżéj jednéj trzeciéj części jéj długości, poczém natrafiłem na opór. Cofnąwszy następnie sondę ku górze miałem przy powtórném jéj obniżeniu w kierunku napotkanego oporu takie uczucie, jakoby koniec sondy ślizgał się po skośnéj powierzchni. Zrazu przy słabym nacisku sondą opór utrzymywał się ciągle w tém samém miejscu; gdy jednak nacisk zwiększyłem, uczułem, iż opór prawie zupełnie ustąpił a sonda z łatwością dała się wprowadzić aż do żołądka. Przy posuwaniu jednak sondy ku dołowi doznawałem takiego wrażenia, jakoby ściana jéj po stronie prawéj ocierała się o jakąś chropowatą powierzchnię, co przy wyciąganiu jéj ku górze jeszcze wyraźniéj wystąpiło. Wyciągnąłem tedy sondę tak wysoko, aż straciłem owe uczucie ocierania się jéj o chropowatą powierzchnię, poczém znowu ją obniżyłem. Tym razem natrafiłem wprawdzie na opór, ale tenże w miarę zwolna obniżającéj się sondy ciągle ustępował, tak, iż byłem pewnym, że spycham ciało obce ku żołądkowi. Teraz wyjęcie sondy odbyło się bez żadnego tarcia, powierzchnia jéj była pokryta nieznaczną ilością krwi i śluzu, z okienek zaś wypływała mała ilość żółtawéj treści o ostrym żółciowym zapachu. Cała ta przeszło 20 minut trwająca procedura zmęczyła wprawdzie bardzo pacyjentkę, jednakże po wyjęciu sondy ustąpiła całkowicie owa znaczna duszność, o któréj przy opisaniu „stanu obecnego" wspomniałem, a w twarzy odbijało się raczéj zmęczenie niż strach. — Zaleciłem choréj połykanie kawałeczków lodu, środek przeczyszczający i baczną obserwacyję każdorazowo oddanego stolca, sam zaś nie rokowałem sobie dla niéj zbyt świetnego przebiegu, licząc na to, iż ostre brzegi ciała obcego grożą w wysokim stopniu ścianom przewodu pokarmowego.

Do dnia 13 grudnia nie miałem o stanie choréj żadnéj wiadomości, dopiero w tym dniu przybyła ona wraz z mężem swym do mnie podziękować za szczęśliwie dokonany rękoczyn i przyniosła w płatku zawiniętą kostkę długości 2·6 ctm., szerokości na jednym końcu 1·2 ctm., na drugim 1·00 ctm., stanowiącą odłamek „kości długiéj" o przekroju półksiężycowatym. Koniec węższy przedstawia brzeg piłkowany o 6ciu występujących ząbkach nierównéj wielkości. Kość ta wyszła ze stolcem dnia 11 grudnia (a więc w 10 dni po jéj połknięciu) wśród miernego bólu w kiszce stolcowéj, przyczém chora dodaje, iż „czując że coś twardego z niéj wychodzi", palcami ją wydobyła z rzyci. — Obecnie stan choréj zupełnie zadowalający, skarży się tylko na mierny ból w przełyku i to wyłącznie przy piciu wódki, co odnoszę do więcéj niż prawdopodobnego skaleczenia odnośnéj okolicy przełyku. *Dr. Chrząszczewski* w Czerniowcach.

Noworodek z zębami. Przed dwoma tygodniami porodziła w Dukli kobieta 33 lat licząca pierwiastka, otyła, w położeniu pośladkowém dziecię płci żeńskiéj. Długość ciała 52 ctm., płód nader rozwinięty, włosy czarne nad 2 ctm. długie, sutki piersiowe obrzękłe, wydatne, wielkości jaja kurzego, brodawki maleńkie sterczące. Dziecko miało w szczęce górnéj i dolnéj prócz zębów mądrości wszystkie zęby zupełnie rozwinięte, dające się namacać jak kauczuk miękki, i były tak mocno osadzone, iż nie zdołałem żadnego zęba palcami wyjąć. Nadmienić mi wypada, że matka ma dotąd wszystkie zęby zdrowe i dopiero w przeszłym roku wyrosły jéj zęby mądrości.

Dr. Karol Reiss w Dukli.

VI. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Bonome: **Przypadek surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnéj, osierdzia i opon mozgordzeniowych, zrządzonego przez grzybek podobny do grzybka zapalenia płuc.**

W jednym przypadku, w którym za życia zapalenie płuc i opon mózgo-rdzeniowych rozpoznano, a gdzie przy sekcyi rozsiane zapalenie surowiczo włóknikowe opon mózgordzeniowych, opłucnéj i osierdzia obok obrzęku śledziony bez zmian zapalnych w miąższu płucnym znaleziono, udało się autorowi tak drogą hodowli jak i drogą mikroskopową odnaleść grzybek okrągły, niekiedy w łańcuchy z 5—6 ogniw złożone ułożony, posiadający otoczkę barwiącą się metodą Grama. Grzybek ten w odróżnieniu od grzybka zapalenia (*Diplococcus pneumoniae. Fraenkel-Weichselbaum*) wzrastał dobrze na pożywce gelatynowéj, w pożywce rosołowéj wywiązywał niemiły zapach potu, na kartoflach wzrastał jako trudno dostrzegalna delikatna biała warstwa. Wstrzyknięty pod skórę lub do jamy otrzewnowéj królików, myszy i świnek morskich sprowadzał śmierć takowych z objawami lokalnego i rozsianego zapalenia surowiczo-włóknikowego błon surowiczych, obok rozlanego surowiczego obrzęku około miejsca wstrzyknięcia bez charakterystycznego dla swoistego grzybka zapalenia płuc obrzęku śledziony. Autor uważa grzybek ten za blisko pokrewny grzybkowi swoistemu i daje mu nazwę: *Pseudodiplococcus pneumonicus*. (*Centralblatt f. Bakteriologie* 1888, Nr. 11). *Dr. Karliński.*

Sacharow: **O podobieństwie pod względem morfologicznym pasorzytów, wywołujących zakażenie bagienne, do pasorzytów duru powrotnego.**

Na posiedzeniu Kaukazkiego Tow. lek. 29 grudnia 1888 r. podał autor co następuje. We krwi chorych na dur powrotny żyje t. z. *haematozoon*, które najłatwiéj można spostrzedz zaraz po napadzie. Jest to istota przedzierzgnicowa, z dużém jądrem, dosięgająca wielkości 20 ciałek czerwonych. Istota ta wypuszcza w pewném miejscu wyrostek pierwoszczy, który czasem się od niéj oddziela. Los takich oddzielonych cząstek bywa dwojaki. Jedne z nich wnikają w ciałka czerwone, rosną, pochłaniają barwik i stopniowo zamieniają się w *haemotozoon*, drugie prawdopodobnie wytwarzają krętowłoski. Wszystkie opisane postacie pokazywał autor na posiedzeniu. (*Wracz* 1889, Nr. 1). *A. W.*

Patologija.

Prof. Dr. Herm. Vierort: **Przyczynek do nauki o chorobie Weila.**

Przed trzema laty zwrócił Weil uwagę na nową postać chorobową, a niedawno zebrał Fiedler kilka przypadków, które się dają również odnieść do téj nowoopisanéj choroby Weila. V. przytacza nadzwyczaj dokładną historyję choroby, pochodzącą z czasów, kiedy o nowéj postaci chorobowéj Weila nie myślano, tj. z r. 1881 i sądzi, że zbieranie przypadków właśnie z owych czasów, kiedy niepewnych objawów nie „naciągano“ jeszcze do rozpoznania nowéj choroby, ma dla statystyki niezmierną doniosłość.

Chory Vierordta liczył lat 19. W rodzinie nie było żadnego dziedzicznego obciążenia. W młodości cierpiał na kaszel i duszność. Choroba rozpoczęła się od nader silnego bólu głowy i dreszczu. Nazajutrz wzmogły się oba te objawy a chory tak osłabł, że trzeciego dnia musiał się położyć do łóżka. Tegoż dnia stracił przytomność i majaczył. Czwartego dnia choroby przyniesiono go do kliniki. Stan obecny: skóra, płuca i serce prawidłowe. Wątroba w linii sutkowéj do łuku żebrowego, śledziona raczéj mniejsza niż w stanie prawidłowym. Ciepłota pomiędzy 40·3 a 40·8. Choremu podano koniak i polecono zimną kąpiel. Przez następne trzy dni ciepłota utrzymuje się pomiędzy 38·8 a 40·9, chory majaczy. W moczu pojawia się ślad białka. Ósmego dnia choroby występuje żółtaczka, która się przez dziesięć dni powiększa, również i śledziona jest teraz wyraźnie powiększona. Wątroba ciągle prawidłowa. Stolce tylko przez dwa dni odbarwione. W śród tego pojawia się *herpes labialis*. Ciepłota z chwilą pojawienia się żółtaczki powoli się obniża, a w sześć dni po pojawieniu się żółtaczki dochodzi do granicy prawidłowéj. W miarę zmniejszania się żółtaczki ciepłota na krótko znowu podnosi się do wysokości 39·5, ażeby jednak po kilku dniach wahania zejść do stanu prawidłowego. Ostatnie podniesienie się ciepłoty było w 24tym dniu choroby (38·0). Od tego czasu stan chorego poprawiał się ciągle tak, że chory opuścił klinikę w 37 dniu od rozpoczęcia choroby z małym śladem żółtaczki na twardówkach. Objawy te zgadzają się w zupełności z objawami choroby Weila, opisanemi przez Fiedlera. Brak tylko gwałtownych bólów w łydkach, który ma cechować tę chorobę. Według opisu Fiedlera stan gorączkowy ciągły trwa mniéj lub więcéj ośm do dziesięciu dni a przez następne cztery do sześciu dni ciepłota powoli opada. Po przerwie mniéj lub więcéj tygodniowéj pojawia się znowu gorączka cztero lub pięciodniowa. Żółtaczka występuje zwykle między trzecim a piątym dniem choroby. Oprócz powyższego przytacza V. jeszcze kilka przypadków, które zna z literatury, a w których rozpoznanie brzmiećby mogło: „Choroba Weila“. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, Nr. 4). *A. R.*

Prof. Podwysocki (młodszy): **O pożeraniu obumarłych ognisk w miąższu wątrobowym przez komórki olbrzymie. — hepatofagi.**

Autor wstrzykiwał zwierzętom niewielkie ilości alkoholu 40% do żyły wrotnéj, a powtarzając takie wstrzykiwania w przeciągu kilku dni, wywoływał ogniskowe obumieranie miąższu wątrobowego. Ogniska w ten sposób wywołane były złożone z komórek wątrobowych, obumarłych, w postaci jednolitéj masy, wsród któréj jednak można było odróżnić granice komórek a nawet szczątki jąder. Ogniska te były otoczone wałem granicznym, złożonym z olbrzymich komórek, zawierających 3—50 jąder. Im dłuższy okres czasu upływał pomiędzy wstrzykiwaniem alkoholu a śmiercią zwierzęcia, tém większą była ilość tych tworów olbrzymich, które wjadały się niejako w obumarłą masę. W komórkach tych można było oprócz jąder i pierwoszcza odróżnić jeszcze grudki rozmaitéj wielkości i w rozmaitéj ilości, z których pewne co do swego wejrzenia i zachowania się względem barwików były zupełnie podobne do masy nekrotycznéj obumarłych ognisk, inne zaś różniły się tém, że się składały z drobnych ziarenek. Anatomiczny ten obraz podług autora ma powstawać w skutek tego, że na około miejsc obumarłych wytwarzają się komórki olbrzymie, które pochłaniają cząstki martwe i przyswajają je sobie. Komórki te mają powstawać z komórek tkanki łącznéj. W dalszym ciągu odbywa się w nich podział jąder drogą pączkowania. Jako przyczynę takiego rozrostu i podziału przyjmuje autor swoiste działanie ognisk obumarłych, o którém to działaniu obecnie nie można nic więcéj powiedzieć. Że ono jednak istnieje, przemawiają za tém niedawne doświadczenia Chabrego, który wykazał, że przy pewnym ucisku igłą na komórkę *ascidiae aspersae* i *strongylocentrati lividi* udaje się otrzymać nieprawidłowe jéj dzielenie się, przy bardziéj silnym ucisku dzielenie się tylko samych jąder, a przy jeszcze silniejszym, śmierć pierwoszcza. (*Wracz* 1889 r. Nr. 3). *A. W.*

Prof. Queirolo (Genua): **O znaczeniu potów w przebiegu chorób zakaźnych.**

Już dawno przypuszczano i wierzono, że poty stanowią t. z. *materia peccans*, która wyprowadza na powierzchnię ciała istoty zatruwające ustrój, rozwijające się w przebiegu chorób zakaźnych. W ślad zatém stosowano leczenie a było niém „działanie napotne“. Zdanie to utrzymało się przez szereg wieków i było przyczyną, że jeszcze Frank utrzy-

mywał, że przerywanie potów u gorączkujących sprowadza ich niechybną śmierć. Najnowsze odkrycia i doświadczenia na polu bakteryjologii, odnoszące się przeważnie do spraw życiowych drobnych ustrojów, zmusza mimowoli do powrotu do najdawniejszych pojęć pod tym względem, z tą tylko różnicą, że obecnie nadano wytworom owych nieprzyjaznych drobnych ustrojów pewną nazwę, choćby dla pokrycia ich nieznajomości. Owe „ptomainy“ wydalają się z potami, skoro się poprzednio we krwi dostatecznie nagromadziły. Q. udowadnia na drodze doświadczalnéj, że pot z osób dotkniętych chorobą zakaźną zawiera własności trujące, tak jak krew z tych samych osób. Króliki, którym pot z osób dotkniętych ospą, durem brzusznym, zimnicą, gośccem stawowym wstrzykiwał, ginęły po 12—24—48 godzinach; przy sekcyi nie znaleziono u tych zwierząt żadnych zmian choroby jakiéjś zakaźnéj, najlepszy dowód, że zginęły z zatrucia. Wynika zatém z tych doświadczeń, że starodawne leczenie napotne w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, poparte obecnie doświadczeniami, powiny uzyskać prawo obywatelstwa. (*Deut. med. Woch.* 1888, Nr. 48). *Dr. Kraus.*

Farmakologija.

Th. Williams: **Nowe leki antiseptyczne w suchotach.**

Autor używał kwasu fenylo-propionowego i fenylu octowego. Pierwszy, skoncentrowany w wyskoku, rozpuszcza się w wodzie, ma smak kwaśny, woń aromatyczną, dość przyjemną. Dawka 10—20 kropel w 2 uncyjach wody. Lek ten podawano 20 suchotnikom, 14 kobiet, 6 mężczyzn. Większa część przypadków była przewlekłą, 9 trwało od 2 lat, reszta od 5. U wszystkich były objawy wyniszczenia i poty nocne. W 9 przyp. był naciek gruźliczy (6 jednostronnie, 4 po str. lewéj, 2 po str. prawéj), w 11 przypadkach były już jamy i to 3 pojedyncze a 7 połączone z naciekiem gruźliczym po drugiéj stronie. W przypadkach skrofulicznych nie było jam, tylko zgęszczenie szczytów i powiększenie gruczołów szyjnych. W 14 badanych przypadkach znaleziono prątki gruźlicze. Podawano lek powyższy w różnych przestankach przez 28—85 dni, średnio 46—7 dni. Nudności, wymiotów ani braku apetytu lek ten nie wywoływał, prócz 2 przypadków, którzy po rozwodnieniu leku również go dobrze znosili. Woni w oddechu nie stwierdzono, ani téż w moczu albo kale leku tego nie wykryto. Wypadek leczenia: u 13 chorych poprawa, u 3 pogorszenie. Poprawa dotyczyła polepszenia łaknienia, ogólnego wzmocnienia, lepszéj cery; w zachowaniu ciepłoty żadnéj zmiany. Ciężar ciał u 4 zmniejszył się a u 2 powiększył, z 4 gorączkujących u 2 podniósł się a u 2 opadł. W przypadkach nacieku gruźliczego nie było takiéj poprawy jak z jamami: z pierwszych 9 poprawa u 5, reszta bez zmiany i z pogorszeniem a w przypadkach z jamami: z 11, z poprawą 8 a 1 bez zmiany, z czego wynika, że u tych kwas ten działa pomyślnie na sprawę ropienia. Co do miejscowych zmian, to u 5 nastała poprawa, z tych u 3 gruźliczych, a 2 z jamami; u 9 nie osiągnięto żadnéj zmiany a 6 doznało rozszerzenia cierpienia.

Wynik poprawy ogólnéj jest więc wybitniejszy, niż miejscowéj. Lek ten nie zmniejsza kaszlu ani gorączki, ale wzmaga apetyt i podwyższa ciężar ciała i wzmacnia. Fenyl octowy ma woń podobną pierwszemu, kwasotę zaś silniejszą. I tu dawka 10—20 kropel 3 r. dziennie.

Lek ten stosował autor u 14 mężczyzn a 5 kobiet. Mężczyzni byli wieku l. 18—40 (29—6), kobiety 14—40 (21). Trwanie choroby od 2 miesięcy do 5 lat. Jeden przypadek był przyrody zołzowéj, w 1 były obustronne jamy i prawostronna odma piersiowa. Między temi 18 l. dziewczyna zaraziła się pielęgnując suchotniczą swą siostrę. W 2 przyp. trwała gorączka. W 9 przyp. był naciek gruźliczy (w 1 obustronnie szczyt), nie przekraczający zwykle jednego płatu; u 10 były jamy płucne, częścią ograniczone, częścią rozlane, u 2 obustronne. W 15 przyp. wykazano prątki. Niepomyślnych przypadów i ten lek nie wywoływał. Nie odczuwano go w oddechu i nie znaleziono w wydzielinach.

Z tych chorych 11 doznało poprawy, między temi 3 znacznéj, 4 pogorszenia, 3 zostały bez zmiany. Plwocina i kaszel zmniejszyły się tylko u gorączkujących. Miejscowa poprawa nastała u $\frac{4}{6}$ z naciekiem gruźliczym a tylko u $\frac{2}{5}$ z jamami. Ogólna poprawa wynosi 68·9%, miejscowa 36·15%. Ciężar ciała w ogóle po fenylopropionie o 70% a po fenylu octanie o 60%. Na przebieg gorączki nie działa ani pierwszy ani drugi. (*The Practitioner* 1889.) *Dr. Smoleński.*

Szumlański (Warszawa): **Kreolin w chorobach gardziela, krtani i uszu.**

Pierwszy raz stosowany kreolin w chorobach jamy ust widział S. w klinice prof. Schnitzlera we Wiedniu, jużto w postaci płukania, pędzlowania, jużto wdmuchiwania lub wziewania. Autor przytacza przypadek, w którym wyleczenie pleśniawki jamy ust nastąpiło po jednorazowém zapędzlowaniu 1% roztworem kreolinu. Po otworzeniu ropnia w śródmiąższowém zapaleniu gardziela stosują ten środek również w postaci płukania. Dławiec i błonicę leczył kreolinem dotychczas Munk pędzlując trzy razy dziennie miejsca zajęte dość silnym roztworem. W leczeniu wrzodów gruźliczych krtani prof. Schnitzler, oddając pierwszeństwo środkom przeciwgnilnie, działającym przed żrącemi, poleca gorąco kreolin. Chorzy znoszą to leczenie, jako o wiele łagodniejsze daleko lepiéj. Wewnętrznie podaje się kreolin tak jak kreozot w kapsułkach z tranem; mocz nie ulega żadnym zmianom. Z chorób ucha, w których kreolin z korzyścią można zastosować, należy wyliczyć czyrak ucha zewnętrznego i pryszczycę. (*Medycyna* 1888, Nr. 51). *Dr. Kraus.*

O nowszych środkach przeciw tasiemcowi.

Doświadczenie poucza, że najwięcéj uznane środki czerwiogubne przecież czasem zawodzą; z tego powodu nie będzie od rzeczy zapoznać czytelników z kilku nowszemi sposobami wypędzenia tasiemca. Z nowszych leków przeciw tasiemcowi zasługują na wyszczególnienie i używanie w praktyce następujące: 1) *Pelleticrinum sulphuricum*, alkaloid otrzymany przez Taureta z *Punica granatum*. Według Friedmanna *Punica* nie sprowadza żadnych nieprzyjemnych objawów, mianowicie nie wywołuje przypadów nudności. W 10ciu przypadkach osiągnął Fr. za pomocą tego środka pożądany skutek. Zwykła dawka u dorosłych wynosi 0·5—1·5 u dzieci 0,06. 2) Chloroform zaleca J. G. Brooks jako wybitnie skuteczny w następującéj postaci: *Chloroformii, extr. filicis āā 4,0. Emuls Ol. Ricini 100,0. DS.* Po 24ro godzinnym poście na raz zażyć. Bennet (*New York med. Record*) daje 2,0 czystego chloroformu, w 60,0 *Mucilago* zażyć rano na czczo, a w pół godziny 30,0 ol. rycynowego. 3) Koriander poleca naftalin dzieciom 0,15—2,0, dorosłym 1,25—6,0 2 razy dziennie w proszkach jako świetny czerwiogubny środek. 4) Myrtol podając się z skutkiem w kapsułkach 4—10 razy dziennie po 0·15. 5) Harris poleca nasiona z *Embelia Ribes* 4 do 10 gr., sproszkowane, w słodkiem mleku na czczo a nadto środek przeczyszczający. Istoty działającéj tych nasion jeszcze nie otrzymano w stanie czystym. 6) Dr. Numa Gampi (*Il Raccoglitore medico* 1887) poleca tymol w wielkich dawkach z oliwą i twierdzi, że ten środek ma być lekiem swoistym przeciw tasiemcowi. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 1). *Dr. Spira.*

Choroby nerwowe.

E. N. Brush: **Kilka spostrzeżeń nad leczeniem bezsenności.**

Bezsenność może być następstwem tak rozmaitych zaburzeń w ustroju, że ktoby w każdym przypadku podawał tylko znane leki nasenne, częściéjby szkodził, niż pomagał. Jak w innych cierpieniach, tak i tu trzeba indywidualizować, i starać się usunąć przyczynę bezsenności. Autor opisuje na dowód kilka przypadków z własnéj praktyki.

1. Mężczyzna w sile wieku, dotychczas zdrów, jadąc w otwartym powozie doznaje nagle nudności, zawrotu i bólu głowy, źrenice rozszerzone, tętno 92—100, oddech jęczący, ciepłota prawidłowa. Pamięć i mowa zamącona. Lekarze przypuszczając zapalenie opon mózgowych podawali przez dłuższy czas wielkie dawki bromu, pomimo to chorego trapiła zupełna bezsenność. Autor przedewszystkiém usunął natychmiast brom, podawał mleko, jaja i nieco whisky, wieczorem wycieranie skóry gąbką w ciepłéj wodzie maczaną z następowém silném nacieraniem całego ciała grubemi ręcznikami, oraz stósował codzien-

nie przez 10 do 15 min. galwanizowanie stosu pacierzowego i tyłogłowia. Już pierwszéj następnéj nocy chory spał bardzo dobrze, a odtąd bezsenność ustąpiła zupełnie. Odjęcie bromu, zupełny spokój, położenie poziome i uspokajające działanie prądu galwanicznego działały tu tak pomyślnie.

2. Kobieta z przypadami ciężkiéj melancholii, z bezsennością od kilku miesięcy i wielkiém wyniszczeniem ogólném. Źrenice rozszerzone, oddech ciężki, język obłożony, ciepłota podwyższona. I tu lekarze podawali przez dłuższy czas brom bezskutecznie. Autor dla podniecenia znużonych nadużyciem bromu ośrodków usunął tenże, a natomiast podawał strychnin, poczém pierwszéj nocy powstały zaburzenia w postaci *maniae a potu*. Zastósowano mleko i jaja raz na dzień, nieco whisky, na noc okłady gorące na stos pacierzowy i wycierania skóry szorstką rękawicą i odtąd bezsenność znikła na zawsze. I tu więc usunięcie bromu i podniecające dawki strychninu działały bardzo pomyślnie.

3. Kobieta 35 l., w pożyciu małżeńskiém bardzo nieszczęśliwa, cierpiała rozliczne zboczenia nerwowe, zawrót głowy, mrowienie skóry, ćmienie w oczach, dzwonienie w uszach i tak znaczne wyniszczenie, że wcale chodzić nie mogła. Zalecono zupełny spokój, leki wzmacniające, mięsienie; w krótkim czasie nastała znaczna poprawa, chora wkrótce mogła już chodzić. Przeciw istniejącéj jeszcze bezsenności zastósowano wycierania całego ciała grubemi ręcznikami, zakazano czytania, bo wywoływało ciężkość i ból głowy, podawano dużo płynów i wodę Vichy. Skutkiem takiego leczenia chora wyzdrowiała wkrótce.

4. Następny przypadek dotyczy mężczyzny dotkniętego hypochondryją, który niekiedy wydaje krzyki hysteryczne i ma napady kurczów, oraz od lat kilku cierpi bezsenność; lekarze rozpoznali nowotwór w mózgu i podawali prawie wszystkie leki nasenne bez skutku. W tym stanie przybył do szpitala. Autor zastósował na noc kąpiel ciepłą, wycieranie silne skóry i zawinięcie w prześcieradło, 2 filiżanki gorącéj beeftea z rumem i w krótkim czasie chory wyzdrowiał. Za przykładem Ecclesa autor poleca w bezsenności także natryski gorące przez tyłogłowie. (*The Practitioner* 1889, styczeń). *Dr. Smoleński.*

Schreiber: **O leczeniu sposobem Weir-Mitchela.**

Jak wiadomo leczenie Weir-Mitchela składa się z 4 części: odosobnienie chorego, masowanie, elektryzowanie i forsowne żywienie przeważnie mlekiem. Autor wszystkie te punkty ostréj choć zdrowéj poddaje krytyce.

U wielkiéj liczby chorych w zakładach swych leczonych przekonał się, że odosobnienie chorego często wręcz przeciwny od zamierzonego wydaje skutek. Są to mianowicie osoby, które dręczone pewną myślą o swoich stosunkach osobistych lub o chorobie, w zamkniętém odosobnieniu obszerne znajdują pole do bujania swéj chorobliwéj wyobraźni. Przeciwnie chorzy, którzy w szumie i walce życiowéj zdobyli upragnione laury i mniéj pożądaną neurastenije lub hysteryję, czują się bardzo dobrze w odosobnieniu i zaciszu a w krótkim stosunkowo czasie odzyskują zdrowie.

Masowanie połączone z gimnastyką uważa autor za najważniejszą część metody Weir-Mitchela i może nieco stronniczo przypisuje cały skutek leczenia masowaniu. Przeciwwskazań nie znajduje prawie żadnych i przeprowadza konsekwentne masowanie nawet u bardzo pobudliwych histerycznych kobiet. U tych radzi zaczynać od częściowego masowania i bardzo powoli przechodzić do ogólnego, silnego i do 2 godzin trwającego głaskania (*effleurage*), gniecenia całego ciała. Chora, która przy pierwszém bardzo lekkiém ugniecenia ramienia popadła w stan omdlenia, znosiła bardzo dobrze po kilku tygodniach ogólne w zwykły sposób wykonywane masowanie. Skutek masowania jest według autora zadziwiająco pomyślnym dla neurasteników i histerycznych.

Elektryzowaniu nie przypisuje autor żadnego znaczenia i nie radzi go nawet stosować, jeżeli nie ma potemu szczególnych wskazań, jak np. neuralgii, nerwobólów lub tp.

Forsowne żywienie, mianowicie kuracyję mleczną, z pewném tylko zastrzeżeniem przedsiębrać można. Pomijając już nawet, że wiele chorych mleka w ogóle nie znosi i na sam widok nudności a nawet wymiotów dostaje, to i forsowne żywienie bez odpowiedniego ruchu czynnego i biernego sprowadza często przypady żołądkowe dla lekarza bardzo nieprzyjemne i niszczy uzyskane dobre rezultaty. Na nic się więc nie zda forsowne leczenie mleczne i raczéj przestrzegać należy, aby chory pokarmy w przepisanéj przez lekarza ilości i postaci pobierał i nie narażał się, jak wielu neurasteników i histerycznych robi, na dobrowolne głodzenie się. W miarę jak przy dłuższém pobycie na świeżém powietrzu, masowaniu i gimnastyce siły chorego się wzmagają, uczuwa on sam potrzebę pobierania większéj ilości pokarmów. W przypadkach jednak, w których chory mleko dobrze znosi, leczenie mleczne daje piękne wyniki. (*Berl. klin. Wochrft* 1888, Nr. 52, 53). *Dr. W. Momidłowski.*

Chirurgija.

Krafft: **O wczesnem leczeniu operacyjném perityphlitis stercoralis, powstałéj skutkiem przedziurawienia wyrostka robaczkowego.**

Autor stara się dowieść, że leczenie *perityphlitis* należy do zakresu chirurgii, a pewne wyleczenie tylko za pomocą rękoczynu osiągnąć można, raz dlatego, że środkami, jakie przepisuje medycyna wewnętrzna, nie można chorego uchronić od powrotu choroby, a powtóre, że chorobie téj towarzyszy zawsze wytworzenie się ogniska ropnego, a K. trzyma się dewizy: *„ubi pus, ibi evacua“*. Jak liczne zestawienia autora dowodzą, niemal po każdém zapaleniu otrzewny koło kiszki ślepéj nawet po latach wielu powstają powroty, które świadczą, że proces dawny się nie ukończył, ale powoli postępował i prawie zawsze mogą powstać ropnie, które w miarę tego, dokąd przebijają, stanowią mniejsze lub większe niebezpieczeństwo dla życia chorego. Człowieka, który cierpiał na *perityphlitis*, nie należy uważać za zdrowego, nawet gdy wszelkie objawy chorobowe ustąpiły.

Skoro tylko rozpoznanie *perityphlitis appendicularis* jest pewne, radzi K. przystąpić do operacyi po poprzedniem podawaniu makowca w dużych dawkach. Cięcie robi K. takie, jakie wykonywa się przy podwiązaniu tętnicy biodrowéj wspólnéj. Często już po pierwszém cięciu wyczuć można chełbotanie, gdyby tego nie było, należy za pomocą punkcyi próbnéj przekonać się o położeniu ropnia. W świeżych przypadkach da się łatwo otrzewnę uchylić, w zastarzałych trzeba warstwowo przecinać, zwracając ostrze noża ku kości biodrowéj, by otrzewny nie naruszyć. Ropień otwiera się szeroko, przy czém należy wyszukać kamienia kałowego, następnie podwiązawszy wyrostek robaczkowy u podstawy, takowy odciąć i dla większéj pewności brzegi jego zeszyć. Do rany zakłada się długi sączek, za pomocą którego przepłukuje się codziennie. Jeżeli otrzewna nie została naruszoną, to operacyja nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i chroni od powrotów.

Nakoniec Volkmann dodaje, że w dwóch przypadkach wykonał wyżéj podaną operacyję z bardzo pomyślnym wynikiem. (*Sammlung klinischer Vorträge* 1889, Nr. 331). *A. B.*

Daubler: **Studyja chirurgiczne w Afryce.**

Velpeau, zwracając uwagę na gojenie się ran u Anglików i Francuzów wypowiedział zdanie, że ustrój członków tych dwóch narodowości jest różny i dlatego skutki po operacyjach u jednych i u drugich bywają rozmaite. Postępując za myślą Velpeau, zestawia D. z praktyki swojéj w szpitalu w Kimberley wyniki z 17 operacyi wykonanych na murzynach (8), mięszańcach (4), europejczykach (4) i na hotentocie (1). Operacyje, które tu wykonywano, polegały po większéj części na odjęciu podudzia, ramienia lub przedramienia. Z szczegółowego opisu przebiegu tych operacyj, który tu pominąć musimy, wynika, że u murzynów rany po operacyi goją się zazwyczaj bardzo szybko i to *per primam*, co tém bardziéj zasługuje na uwagę, że operacyje te wykonywa się często wśród warunków bardzo niekorzystnych przy niedostatecznéj antyseptyce, w przypadkach bardzo ciężkich, w przypadkach, które u ludzi białéj rasy żadnéj nadziei pomyślnego wyniku nie pozostawiają. (*Virchowa Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.* tom 115 zesz. 2). *A. B.*

Położnictwo.

Ehrendorfer (Insbruk): **Krwiak wargi sromowéj większéj podczas ciąży.**

Krwiaki części rodnych zewnętrznych podczas porodu nie należą do rzadkości. Po za tém, że zmianą to spotykamy się

bardzo rzadko a przyczyną w takich razach bywają najczęściej gwałtowne urazy części rodnych zewnętrznych, przyczém pęka żyła a krew wylewa się do tkanki. Autor opisuje przypadek krwiaka u osoby w szóstym miesiącu ciąży, zresztą zdrowéj i nie okazującéj rozszerzenia żył, wywołanego przez gwałtowne spółkowanie. Chora uczuła nagle gwałtowny ból w wardze większéj prawéj i to taki, że akt spółkowania musiał być natychmiast przerwany. W téj saméj chwili zauważyła guz wielkości jaja kurzego, który wkrótce powiększył się do wielkości pięści dorosłego człowieka. Wezwany lekarz polecił okłady z *aqua saturnina*, po czém guz miał się nieco zmniejszyć i bóle osłabnąć. Chora jednak w celu szybszego wyleczenia zgłosiła się do kliniki.

Badanie wykazało, że u osoby, która jest w szóstym miesiącu ciąży, warga większa prawa przedstawia guz sinoniebieskiéj barwy, sięgający od spojenia łonowego aż do otworu stolcowego a ku wewnątrz zachodzący nieco do pochwy, 12 cm. długi a 10 cm. szeroki, ciepłotę w tém miejscu i w okolicy nie podwyższoną, bolesność guza znaczną, a w dwóch miejscach, gdzie skóra najwięcéj napięta, chełbotanie wyraźne. Ponieważ guz utrudniał chodzenie, znaczne bóle trwały bez przerwy, a obrzęk się nie zmniejszał, przeto zrobiono w wardze większéj prawéj cięcie podłużne 5—6 cm., po czém wypadł skrzep krwi wielkości jaja kurzego. W dnie jamy sączyła się w jedném miejscu krew ciemnoczerwona, miejsce to było zatém przyczyną krwiaka. Jamę wytamponowano gazą jodoformową i założono opaskę w kształcie litery T. Bóle ustały natychmiast; dalszy przebieg bez odczynu. Opatrunek zmieniano co dzień; jama zmniejszała się szybko, tak że chora dziesiątego dnia z małą ranką opuściła klinikę. Przypadek ten jest ciekawym ze względu na przyczynę, która wywołała cierpienie, gdyż nie ulega wątpliwości, że powstało ono w następstwie gwałtownego spółkowania, a na poparcie tego przytoczyć można podobny przypadek, opisany przez Lawson Taita, gdzie krwiak powstał również przez *„vis in Venerem ruentis tauri“* podczas pierwszego spółkowania, nie można było również wykazać u choréj okoliczności usposobiającéj, nie było bowiem żylaków i nie należała ona do tak zwanych „krwawców“; jedynie może przekrwienie części rodnych, jakie znachodzimy u ciężarnych, mogłoby mieć niejakie znaczenie, chociaż spostrzegamy wiele ciężarnych a mało krwiaków. W tym przypadku i to zaznaczyć wypada, że mimo silnych bólów kilka dni trwających ciąża nie doznała przerwy.

Autor jest zdania, że najlepsze wyniki daje przecięcie i opatrunek wyżéj wspomniany, rozumie się, gdy krwiak jest większy, utrudnia chodzenie i sprawia znaczne bóle. W ten sposób skraca się czas potrzebny do wyleczenia. (*Archiv für Gynaekologie XXXIV Band 1880 J.*)

Dr. Cercha.

Dr. M. Autoriello (Neapol): **Ciąża zamaciczna i wydalenie płodu przez kiszkę stolcową.**

Autor, asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Morisaniego w Neapolu, opisuje ciekawy przypadek, obserwowany w téjże klinice zeszłego roku. Dotyczył on osoby, lat 30 liczącéj, która nie cierpiała nigdy przedtém na żadne zboczenia w częściach płciowych, przebyła ośm zupełnie prawidłowych porodów, ostatni przed czterema laty. Od czerwca 1887 r. regularność ustała, w sierpniu t. r. wystąpiły nagle gwałtowne bóle w brzuchu, nie dające się niczém powstrzymać, trwały przez siedm godzin, poczém chora, mocno znużona, usnęła. Po przebudzeniu uczuła się zupełnie zdrową, bóle ustąpiły tak, że do zwykłych zajęć powrócić mogła. W ciągu kilku następnych miesięcy pozornego zdrowia zauważyła tylko powiększenie sutków, powiększenie się brzucha, wypływ wydzieliny białawéj z części rodnych, nadzwyczaj przykre ciągłe parcie na mocz, oraz zaparcie stolca, a przy oddawaniu takowego gwałtowne bóle w kiszce stolcowéj, równocześnie miała po raz pierwszy poczuć ruchy płodu. Sądząc więc, iż jest w ciąży, odpowiednio się zachowywała, nie zasięgając wcale porady lekarskiéj mimo powyższych dolegliwości. Przy końcu grudnia 1887 wystąpił gwałtowny krwotok z części rodnych, trwający przez dwa tygodnie, w styczniu 1888 ponowił się, lecz wkrótce ustąpił, a chora po kilkotygodniowém leżeniu w łóżku wstała, czując się zupełnie dobrze i doznając tylko od czasu do czasu nieznacznych bólów w krzyżach, oraz przykrego uczucia ucisku na międzykrocze, potęgującego się zwłaszcza przy siedzeniu. Trwało to do kwietnia 1888. Na dwa dni przed wstąpieniem do kliniki wystąpiły dreszcze z następową gorączką, a dnia 4 kwietnia uczuła wśród pracy nagle potrzebę oddania stolca i wtedy odeszła znaczna ilość cieczy cuchnącéj, a chora zauważyła, że jéj jakieś ciało z otworu stolcowego wystercza. Wezwany lekarz wyprawił ją natychmiast do kliniki, gdzie przyjętą została z objawami znacznego zapadu. Ponieważ doraźne badanie wykazało małą nóżkę płodu, sterczącą z otworu stolcowego, przeto przystąpił prof. Morisani do natychmiastowego wydobycia ręcznego płodu z kiszki stolcowéj, co się z łatwością udało, poczém odpłynęła spora ilość cieczy brudnéj, cuchnącéj. Ze względu na stan choréj zaniechano dnia tego dalszego badania, przestrzykano tylko kiszkę stolcową sublimatem i założono dren. Płód wydobyty nieżywy, z objawami maceracyi, ważący 260grm., 28cm. długi, okazywał znaczne spłaszczenie boczne główki, pępek w wysokości $^2/_3$ t. z. *linea xypho-pubica*, brak zupełny pępowiny, na głowie delikatny meszek.

Ponieważ dnia następnego stan matki znacznie się polepszył, przystąpiono do dokładniejszego zbadania téjże, przyczém wykazano: w dolnéj części brzucha guz, sięgający na 4 palce ponad spojenie łonowe, okrągławy, o brzegach nieregularnych, elastyczny, niebolesny, zajmujący przeważnie lewą stronę brzucha. Prawą stronę brzucha zajmował drugi guz od poprzedniego wyraźnie rowkiem odgraniczony, odpowiadający powiększonéj macicy. W t. zw. przestrzeni Douglasa wybadano przez pochwę guz, wypuklający tylne sklepienie pochwowe, o powierzchni gładkiéj z guzem brzusznym lewym wyraźnie w związku będący. Przy ucisku na ten guz wydobywała się z otworu stolcowego skąpa ilość cieczy brudno-krwawéj, cuchnącéj. Badanie *per rectum* wykazało: w przedniéj ścianie kiszki odchodowéj duży otwór o brzegach nieregularnych, przez który palec wchodzi do jamy, otoczonéj ścianami miękkiemi, gładkiemi. Na téj podstawie rozpoznał prof. Morisani ciążę pozamaciczną, prawdopodobnie trąbkową, pęknięcie jaja płodowego, dostanie się płodu do t. zw. przestrzeni Douglasa, otorbienie tamże, zrosty z kiszką stolcową, z następowém przebiciem i wydostaniem się płodu do kiszki odchodowéj.

Leczenie przypadku tego było następujące: Przez pierwsze trzy dni przepłukiwano przez założony stale dren sublimatem naprzemian z kwasem borowym kilka razy dziennie. Czwartego dnia wyjęto dren i zakładano go tylko trzy razy dziennie dla przepłukiwania Stan choréj, która tylko przez pierwsze dni wieczorem nieco gorączkowała, z dniem każdym się polepszał, otwór w kiszce stolcowéj zaczął się zmniejszać tak, iż przy wyjściu choréj z kliniki, co nastąpiło 20 dnia po przyjęciu, przedstawiał średnicę zaledwie 2cm. Dalszych spostrzeżeń autor nie mógł czynić, gdyż chora się oddaliła. (*Wiener klin. Woch.*, 1889, Nr. 7). *Dr. Langie.*

Okulistyka.

Dr. A. Fick: **O nierównomiernéj akomodacyi u zdrowych i u anisometropów.**

Wbrew panującéj w optyce fizyologicznéj zasadzie, że bodźce akomodacyjne dla obojga ócz są równe, znalazł F. za pomocą swéj dokładniejszéj metody, że już w stanie fizyologicznym wartość akomodacyi w obu oczach może skutkiem niejednakowego bodźca do pewnego stopnia wahać się niezależnie od siebie. Metoda autora polega na wytworzeniu szkłami sztucznéj anizometropii i kontroli nierównomiernéj akomodacyi wedle jasności obrazków w stereoskopie. Tym sposobem znalazł F., że w znacznéj części przypadków nierównomierna akomodacyja mogła do 1·5*D* różnicy refrakcyi przezwyciężyć, przy pewnéj zaś wprawie badanych nawet do 3·25*D*, co prawda nie bez znacznego uczucia zmęczenia ócz. Odpowiednio temu pokazało się, że i przy rzeczywistéj anisometropii bodziec akomodacyjny jednego oka może w pewnych granicach niezależnie od drugiego oka wahać się, jakkolwiek bywają przypadki, gdzie bodźce te i wartość akomodacyi są w obu oczach równe. Te ostatnie przypadki, jak

słusznie twierdzi autor, są właśnie temi, gdzie wbrew przyjętym zasadom chorzy znoszą całkowitą korekcyję anisometryi. Liczba ich, zdaniem F., byłaby większą, gdyby uwzględniano, że powstająca ztąd niedomoga jest często tylko natury mięśniowéj. Tam zaś, gdzie obok zachowanego widzenia obuocznego, przy równéj bystrości wzroku bodźce akomodacyjne obu ócz grają niezależnie od siebie, tam nawet w obec równéj szerokości akomodacyjnéj zupełna korekcyja niemiarowości nie bywa znoszoną, ponieważ wytworzyły się tu odrębne skojarzenia bodźców nastawczych. W każdym więc poszczególnym przypadku uwzględnić przy korekcyi należy: 1) szerokość akomodacyjną każdego oka z osobna, 2) granice, w jakich akomodacyja jednego oka waha się niezależnie od drugiego, 3) tę zmianę refrakcyi ócz, przy któréj możliwém jest zupełnie swobodne czytanie obuoczne w stereoskopie. (*Archiv f. Augenheilk.*, t. XIX, z. II).

Dr. Sroczyński.

Choroby weneryczne.

Schaeffer (Wrocław): **O leczeniu przewlekłej rzeżączki cewki moczowéj.**

Na wstępie zastanawia się S. nad pytaniem, kiedy należy uważać rzeżączkę cewki za wyleczoną. Zdaniem jego, rzeżączka cewki mimo istniejącego jeszcze śluzowego wypływu z cewki jest wyleczoną, jeśli dziesięć razy bakteryjologicznie i mikroskopowo dokładnie badana wydzielina okaże się wolną od gonokoków Neissera. Musi jednak badający bakteryjolog być biegły, bo gonokoki są bardzo podobne do innych koków znajdujących się zarówno w chorobowo zmienionéj jak i prawidłowéj cewce.

Gdy Grünfeld zaczął przy pomocy swego endoskopu leczyć przewlekłą rzeżączkę cewki za pomocą środków żrących miejscowo stosowanych, zdawało mu się, że doprowadził do ostatecznego jéj wyleczenia. Z czasem okazało się to niezupełnie prawdziwém. Oberländer wykazał, że nierzadko przyczyną przeciągania się wyleczenia rzeżączki głębokiéj jest zwężenie w przedniéj części cewki a nawet w zewnętrznem ujściu, że usunięcie tego ostatniego zwężenia leczy chorobę głębszą. Rozszerza zatém ujście zewnętrzne cewki za pomocą krótkich kateterów o 4—5cm. długości. W dalszym ciągu pracy mówi S. o znakomitych skutkach leczenia przewlekłéj rzeżączki cewki w tylnéj części siedzącéj za pomocą ucisku wywartego ciężkiemi cewnikami. (*Bresl. ärztl. Zeitsch.*, 1888, Nr. 24).

Dr. Kraus.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 4te z dnia 6 lutego 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 33.

1. Przewodniczący przedstawia na członków czynnych Drów Filipa Schmidta, Henryka Sokołowskiego, Eugienijusza Lachowicza, Tomasza Wojnarskiego, Władysława Kohlbergera, Franciszka Hernicha, Bolesława Heynego, Józefa Friedberga i Czesława Podgórskiego. Wszystkich jednogłośnie przyjęto.

2. Kol. Rydygier przedstawia dwie chore, u których z powodu wola podwiązał tętnice tarczykowe metodą Drobnika przez siebie zmodyfikowaną. Mając na uwadze względy kosmetyczne, prowadzi kol. R. cięcia w poprzek szyi, aby je ukryć pomiędzy fałdami skóry.

Tenże przedstawia chorego, u którego w grudniu r. z. wykonał gastroenterostomiję z powodu rozległego raka odźwiernika. Do tego przypadku nawiązuje kol. Jaworski uwagi swoje co do funkcyi żołądka i jelit po zabiegu. (Praca ta drukuje się w *Przeglądzie Lekarskim).*

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Gluziński, Obaliński, Trzebicky, Jaworski, Hempel i Bednarski.

4. Kol. Jaworski okazał jarzyny i owoce suszone z Bochni, które komisyja przemysłowa postanowiła przedłożyć Tow. lek. jako polecenia godne.

5. Kol. Pieniążek okazał kaniulę kauczukową, wydobytą z prawego oskrzela, po 7 tygodniach leżenia tamże. Prelegent podnosi okoliczność, że mimo użycia znacznéj ilości (około 150 gramów) chloroformu nie zdołał doprowadzić do znieczulenia tchawicy, a udało mu się to dopiero po zastósowaniu 20% rozczynu kokainy. W dalszym ciągu zastanawia się kol. P. nad wynalezieniem przyrządu, któryby wydobywanie wpadłych kaniul ułatwił. Najodpowiedniejszą wydaje mu się pętla druciana, podobna do téj, jakiéj do wydobywania polipów używamy, tylko na dłuższéj rączce umieszczona.

Sekretarz, *Dr. Bukowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie Isze z dnia 29 stycznia 1889.

Przewodniczący prof. Korczyński. Członków obecnych 8.

1. Przewodniczący zawiadamia: *a)* że w myśl uchwały Tow. lek. krak. z dnia 2 stycznia 1889 wnioski komisyi przemysłowéj mogą być odtąd przedkładane wprost Towarzystwu lekarskiemu a nie komitetowi Towarzystwa, jak to było uchwalone na posiedzeniu w dniu 2 maja 1888, *b)* że nadeszły nowe świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia obory i służby stajennéj ze Śledziejowic i Gnojnika, *c)* że w myśl uchwały z dnia 1go stycznia 1888 i odezwy komisyi balneologicznéj z dnia 10 maja 1888 rozesłano do zdrojowisk i uzdrowisk polskich odezwę o nadesłanie najpóźniéj do dnia 15 kwietnia b. r. na ręce referenta Dra Lutostańskiego szczegółów dotyczących klimatologii, balneografii i statystyki poszczególnych zdrojowisk a to celem ułożenia i wydania opisu zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

2. Doc. Jordan zdając sprawę, o ile sznurówka przedłożona komisyi przez p. Dyrektora szkoły św. Scholastyki jako wyrób uczennic téj szkoły, odpowiada potrzebie, zastrzega się w ogóle przeciw użyciu sznurówek i przyjmuje je tylko jako *malum necessarium.* Komisyja podzielając zdanie referenta uchwaliła nieprzedstawiać sznurówki wzmiankowanéj do polecenia a chcąc złe istniejące o ile możności zmniejszyć a widząc, że konstrukcyja sznurówki uczennic szkoły św. Scholastyki zadaniu temu w znacznéj części już odpowiada, postanowiła uprosić koll. Jordana, Obalińskiego i Rydygiera, aby ze swéj strony poczynili p. dyrektorowi Gettlichowi wskazówki, któreby podniosły jeszcze wartość wzmiankowanéj sznurówki i uczyniły z niéj rzecz o ile możności odpowiadającą zasadom higijeny.

3. Na wniosek ref. doc. Jaworskiego uchwalono przedłożyć Towarzystwu lek. krak. jako przetwór polecenia godny „jarzyny i owoce suszone“ wyrobu p. Różańskiego i Sp. w Bochni, które bardzo umiejętnie sporządzane, w smaku przyjemne, o prawidłowém wejrzeniu, sporządzone już na większą skalę fabryczną mają szczególną wartość higijeniczną dla miejscowości, w których świeżych jarzyn dostać nie można lub téż gdy pora roku temu stoi na przeszkodzie. (Wniosek ten przyjęty został przez Tow. lek. na posiedzeniu z d. 6 lutego 1889).

Sekretarz, *Doc. Dr. Gluziński*

VIII. O dziedziczności obłąkania.

Przez

Dra Józefa Rollego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Nadużycie trunków wywołuje groźne skutki, przelewa bowiem na zstępujące pokolenia całą gromadę najprzeróżniejszych cierpień nerwowych, w końcu obłąkanie. Małżeństwo skojarzone z opilcy i umysłowo cierpiącéj, lub vice versa, wywołuje w spadkobiercach degeneracyję właściwą dziedziczności podwójnéj, to jest takiéj, w któréj ojciec i matka oddziaływają jednakowo w kierunku patologicznym. Oto jedna z genealogij, potwierdzających nasze zdanie. Obejmuje ona cztery pokolenia: Z rodziców zdrowych, liczących przodków opilców po mieczu i przodków obłąkanych po kądzieli, zostaje trzech synów: najstarszy, mnich r. graec., potator, szaleniec, umiera w domu obłąkanych: najmłodszy, profesor agronomii, kawaler, szaleniec, potém demens, umiera w zakładzie dla obłąkanych: średni, paroch, jest ojcem czworga dzieci, ulega chorobliwemu podnieceniu, wywołanemu kwestyją uwłaszczania włościan, krzewi pośród ludu zasady komunistyczne, ale w sposób tak nielogiczny, że w końcu zwraca na siebie uwagę władz odnośnych, poddany

obserwacyi zdradza nieprawidłowy stan umysłu, rozwija się otępienie pierwotne, kilka lat ostatnich spędza w szpitalu. Widzimy więc, że drugie pokolenie dotknięte chorobą odziedziczoną po przodkach. Zobaczmy, co się dzieje z trzeciem; liczyło ono czterech członków, jak powiedziano wyżéj: syna, ten został parochem, upośledzony pod względem umysłowym, bezdzietny; córka zamężna ma jedynaka obłąkanego; druga córka panna, psychopatka, dzieciobójczyni, uznana za niepoczytną przez sądy, nagle zakończyła życie; trzecia córka, związana węzłem małżeńskim z opilcą, dotkniętym podnieceniem popędu płciowego, zmarła młodo; dozgonny jéj towarzysz, za udział w otruciu męża kochanki, skazany na deportacyję, w szpitalu więziennym skończył samobójstwem [1]). Z tego ostatniego małżeństwa zostało czworo dzieci, trzy córki zdrowe pod względem umysłowym, choć ograniczonych zdolności i syn idyjota. Po mieczu więc cały pień usechł, na 19 członków dał 7 dotkniętych zboczeniami umysłowemi (40%).

Genealogije uczą nas jeszcze, że opilstwo spadkowe po mieczu, w dwóch, najwięcéj w trzech pokoleniach po sobie idących, przy połączeniu się jednego z osób, niém dotkniętych, z hysteryczką, ma za następstwo przypadłości właściwe tym, jakie wywołuje dziedziczność podwójna. Oto przykład dziwną grozą przejmujący, na widok zniszczenia, jakie po sobie zostawił. Pokoleń cztery, osób 13 (6 m. i 7 kob.). Pierwsze: mąż opilca, żona zdrowa zupełnie; drugie, opilca i hysteryczka; trzecie, dwóch synów i cztery córki: z nich syn i córka umierają na płonicę (lat 2 i lat 13) z przypadłościami mózgowemi, drugi syn kawaler w 23 r. kończy na gruźlicę z lokalizacyją gruzełków w oponach mózgowych; z dziewcząt, jedna głucha idyjotka 42 lat dobiegła, druga głuchoniema idyjotka 36 lat, obie w panieńskim stanie, nareszcie ostatnia wyszła za mąż, po pierwszym połogu szaleństwo gwałtowne, potém otępienie z ciągłem podnieceniem związane, trwało całych lat dwadzieścia; syn z tego małżeństwa zrodzony uległ cierpieniom zołzowym, przeważnie umiejscowionym w kościach, porażenie odnóg dolnych w piątym roku życia, władze umysłowe na bardzo niskim stopniu; cały więc ród wygasł doszczętnie.

Z form patologicznych, na gruncie alkoholizmu wyrastających, najczęściéj zwyrodnienia umysłowe postrzegaliśmy; w dwóch przypadkach poczynało je ustalenie się błędnych wyobrażeń, których główną treścią było przeświadczenie o przeniewierstwie żon na niczém nie oparte. Pierwszy z chorych lat dwadzieścia w małżeńskim przepędził stanie, ulegał opilstwu okresowemu (*dipsomania*), otóż po jednym z takich napadów uroił sobie, że jego towarzyszka dozgonna, potulna, skromna, wysoce moralna kobieta, bolejąca głęboko nad chorobą męża, znalazła pocieszyciela... nie pomogły perswazyje, łzy biedaczki, uwagi przyjaciół; na tle tém błędném powstał cały szereg przypuszczeń, mania prześladowcza (*manie de persecution*), obawa otrucia. Uciekł z domu, zostawił rodzinę, zobojętniał dla niéj, i tak do zgonu, a ten w lat piętnaście potém nastąpił. Drugi przypadek daleko charakterystyczniejszy, tu opilstwo systematycznie a długo, w skrytości prowadzone było, co wieczór; pożycie trzydziestoletnie, żona sędziwa, dotknięta niezupełnie połowiczém porażeniem, afazyją. Wybuch owego obłędu wystąpił nagle, bez żadnych zjawisk przedwstępnych, przybrał groźne rozmiary, bo znęcanie się nad kobietą, okalanie jéj szpiegami, wyrzeczenie się dorosłych dzieci, usunięcie się zupełne od najbliższych i dawniéj kochanych. Uwidoczniło się w człowieku skażenie uczuć rodzinnych, bardzo niegdyś przywiązanym do familii, lekceważącym obowiązki honoru i uczucia, z popędem do występku, do zbrodni, skąpiec zaczął sypać pieniędzmi, kupował dowody przeniewierstwa żony u służby, korzystającéj z takiego usposobienia, prawy, teraz bez kłamstwa kroku nie uczynił, skromny, teraz cynik rozlubowany w towarzystwie najpośledniejszych wszetecznic, w ciągu kilku miesięcy przeszło 50,000 r. roztrwonił, potém wystąpiła mania pieniactwa, wytaczał procesa ujmującym się za żoną lekarzom, którzy o jego stanie umysłowym wyrokowali, a nie mogąc na téj drodze nic wskórać, na drodze denuncyjacyi politycznéj szukał ratunku, a dodać należy, że miało to miejsce w smutnéj pamięci r. 1865, kiedy się kraj znajdował w wyjątkowych warunkach, a co straszniejsza, że miał pośród klasy wykształconéj zwolenników; nie wiedzieli oni wprawdzie o jego skargach na rewolucyjne usposobienia lekarzy, którzy niby mścili się na nim za to, że nie uległ ich namowom, że wiernym tronowi pozostał, ale wierzyły w jego nieszczęścia domowe, a znaleźli się przyklaskujący jego projektom dobroczynnym, zapisania całego majątku na cele użyteczności publicznéj, z usunięciem dzieci od spadkobierstwa. Choroba jednak rozwijająca się zbyt gwałtownie położyła kres niepewności, nastąpiło rzekome porażenie alkoholiczne (*pseudo-paralysis alcoholica*), stępienie umysłu, nareszcie zwyrodnienie tłuszczowe wątroby stało się powodem przedwczesnego zgonu. Jeszcze jeden przypadek mam do zaznaczenia, dotyczył on kobiety, dotkniętéj dipsomanią, w ciągu lat 50; w młodości nałogowa pijaczka, pod wpływem namów spowiednika, propagatora wstrzemięźliwości, wyrzekła się trunków na lat kilka, aż znowu wstrząśnienie moralne dało początek dipsomanii, powtarzającej się co lat dwa a nawet co lat trzy niekiedy. Paroksyzm zwykle poprzedzała tęsknota (*Praecordialangst*), obawa prześladowania, prośba o ratunek; po pierwszym kieliszku wódki rozwijał się on z niezwykłą szybkością: kobieta moralna, stawała się rozpasaną wszetecznicą, z pianą i pieśnią cyniczną na ustach latała od szynku do szynku, przepijała wszystko aż do koszuli, a nawet koszulę, z kolei kradła, co się znalazło pod ręką, zamknięta w odosobnieniu targała się na własne życie, sen miała krótki, przerywany, narkotyczne środki nie wpływały na jego siłę, omamów zmysłowych i złudzeń żadnych. Trwało to dwa, trzy tygodnie, po którém następowało uspokojenie, z wielkim upadkiem sił i wstrętem do alkoholu połączone, i życie do dawnéj wracało kolei, dobiegła 80 lat, skończyła w zakładzie obłąkanych, pod koniec rozwinęło się otępienie umysłu z odcieniem melancholicznym (*dementia melancholica*). Paroksyzmy choréj wiele miały wspólnego z szaleństwem okresowém (*mania periodica*), różnicę stanowił grunt, na którym pierwsze z nich się rozwinęło.

Zaznaczyliśmy wyżéj, że spadkobiercy opilców, kojarzący się z obłąkanymi, przelewają na swoje potomstwo cechy chorobowe, właściwe tym, na których tak ojciec jak i matka oddziaływały jednakowo patologicznie; i tu i tam cała grupa nerwic mózgowordzeniowych, nerwic umysłowych, zwyrodnień umysłowych, okrywa bujném kwieciem drzewo na uschnięcie skazane. Różnice jeżeli są, to małe, a choćby wskażemy na jedną, stale powtarzającą się w naszych genealogijach, a dotyczącą erotomanii w ogóle: otóż zboczeniom umysłowym na gruncie opilczym towarzyszy rzekome podniecenie w sferze płciowéj, kiedy przy obłąkaniu, jako wyniku dziedziczności podwójnéj skażenie pociągów płciowych stale ma miejsce, występuje ono także u osobników wolnych od innych zwyrodnień, dość nawet prawidłowo pod względem umysłowym uposażonych, ale związanych krewieństwem z obłąkanemi, albo posiadających obłąkanych pośród antenatów: jest to zwykle pederastyja prędzéj czynna jak bierna (kined) u mężczyzn i miłość tak zwana lesbijska u kobiet. (Dok. nast.).

[1]) Sam sposób, jakiego użył ku temu, dowodzi stanu nieprawidłowego: oto pośród nocy, mając trzech towarzyszów, we wspólnéj izbie, wbił sobie dzióbek metalowy od czajnika w kość skroniową; operacyję odbywał powolnie, wytrwale, w cichości wielkiéj, by nie zwrócić na siebie uwagi kolegów, którzyby mu przeszkodzili w dokonaniu zamiarów. Dzióbek długości 8 ctm. przedarł skórę, przedziurawił kość i utkwił w głębi mózgowia, bardziéj skierowany ku jego osnowie. Zapisujemy szczegół z tym dodatkiem, że na parę miesięcy przed tak tragicznym zgonem „przysięgli“ uznali go za winnego.

IX. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Statystyka ślepych w Rosyi podług spisu 1886. Urzędowy spis niewidomych dokonany został w listopadzie 1886 w 50 gub. cesarstwa, 10 gub. król. polskiego i na Kaukazie. Spis wykonano nie w celach lekarskich lecz administracyjnych, podług danych wskazówek. Jestto pierwsza praca w tym kierunku

w Rosyi, gdzie niewidomych mnóstwo, a przytułków i szkół dla tych nieszczęśliwych do tej pory zupełnie nieznano. Spis ogłoszony został w postaci książki, upiększonej kilkoma schematycznemi mapami państwa, przedstawiającemi, za pośrednictwem odcieni koloryzacyi gubernij, liczbę ślepych obu płci, mężczyzn i kobiet na 10.000 ludności. Wszystkich ślepych okazało się 489.872, z nich mężczyzn 94056 i 95816 kobiet, czyli na 10000 ludności w ogóle wypada 20 ślepych (na 10 tys. mężczyzn 19 i na 10000 kobiet 20 ślepych). W 50 gub. cesarstwa znaleziono 173735 ślepych (85741 m. i 88004 k.) t. j. na 10000 ludności 21 niewidomych. W 10 gub. król. pols. 5353 ślepych (2715 m. i 2638 k.), t. j. na 10 tys. ludności 7 niewidomych. Na Kaukazie ślepych 10774 (5600 m. i 5174 k.) t. j. na 10 tys. ludności, 15 niewidomych Wynik: na Kaukazie ślepota zdarza się dwa razy częściej, a w cesarstwie ros. trzy razy częściej niżli w Król. Polskiem.

Liczba ślepych jest 2 razy większą w powiatach, niżli w miastach, w cesarstwie, na 10 tys. mężczyzn wypada 10 ślepych, na 10 tys. kobiet wypada 11 niewidomych, w powiatach zaś ślepych obu płci 23. W Król. zaś Polskiem ślepych męż. 6 i kob. 5 na 10 tys. ludności. Na Kaukazie w miastach ślepych 11 m. i 8 k., a w powiatach 15 m. i 16 k. na 10 tys. ludności.

Najwięcej ślepych w północno-wschodnich gub. Rosyi, zasiedlonych mongolsko-fińskiemi plemionami, (30 męż. na 10 tys.), najmniej w południo-zachodniej (11 — 20 na 10 tys.). Najmniej w Król. Polskiem gub. grodzieńskiej, mińskiej, besarabskiej i ziemi wojska dońskiego (1 — 10 na 10000).

Podług narodowości rosyjan 72,2%, tatarów 5,2%, czuwasów 2,7%, polaków 2,6%, żydów 1,8%, wotyjaków 1,5%, łotyszów 1,4% itd. Na 10 tys. ludności ślepych: wotyjaków 83, czuwasów 63, czerkiesów 52, tatarów 51, korełów 39, baszkirów i meszczeraków 35, zyranów 33, estów 22, łotyszy 19, rosyjan 19, bułgarów 12, litwy i żmudzianów 10, żydów 10, polaków 8, mołdowanów 8 i niemców 7.

Najczęściej utracono wzrok przed 5 rokiem życia (17,5% m. i 14,8% k.), rzadziej wkrótce po narodzeniu się (8,0% m. i 6,7% k.). Tą cyfrą oznaczono ślepotę wrodzoną; ślepota z chorób i uszkodzeń oczu wynosi 52,8% m. i 56,7% k.; ślepota z chorób ogólnych 23,9% m. i 24,3% k.; ślepota z przyczyn niewiadomych 6,6% m. i 5,2% k.

Z liczby ślepych 10,6% mają własne środki utrzymania, 11,9% żyje żebraniną, 70,0% znajduje się na utrzymaniu rodziny, 2,9% żyje kosztem innych, 1,8% utrzymuje się kosztem zakładów dobroczynnych i 1,2% utrzymuje się kosztem rządu.

Chociaż spis robiony był bez kontroli lekarskiej i prawdopodobnie zarejestrowano niemało i takich, którym wzrok może być przywrócony (np. z zaćmami), lecz jednakże średnio wypada 20 ślepych na 10 tys. ludności t. j. w przybliżeniu 2 razy więcej niżli w innych państwach europejskich. Spodziewać się należy, że liczba ta z czasem się zmniejszy, prócz bowiem klinik uniwersyteckich, oftalm. instytutów (Wilno), chorzy oczni mogą obecnie znajdować należytą pomoc w szpitalach ziemstwa, przy których w miastach gubernijalnych wiele już jest fachowych okulistów, prowadzących oddziały oczne.

Z 5go rocznego sprawozdania przytułku dla ślepych maryjskiego opiekuństwa za r. 1887 (Petersburg, 1888) dowiadujemy się, że przy takiej armii niewidomych w Rosyi państwo to zaledwo posiada 11 instytucyj, gdzie jakie kilkaset tych nieszczęśliwych znajduje naukę rzemiosł i przytułek, a mianowicie: w Petersburgu szkoła na 55 dzieci płci obojej i przytułek 14 ślepych dla nauki rzemiosł), w Kijowie (szkoła na 32 dzieci i przytułek), w Rewlu (12 dzieci płci obojej), w Kazaniu (20 dzieci płci obojej), w Kostromie (16 dziewcząt), w Charkowie (13 chłopców), w Woronežu (12 dziewcząt i 10 ślepych ma przytułek), w Odesie (10 chłopców), Kamieńcu (przytułek na 9) i w Ufie (przytułek na 15 zdolnych do pracy ślepych). W szkołach tych uczą dzieci czytać, pisać (pismo Brajla) i rzemiosł, których wyjątkowo uczą w przytułkach dla ślepych. Szkołę dla dziewcząt w Kostromie zwiedziłem osobiście w r. z. i przykładne jej prowadzenie przez rodaka rz. r. st. Bron. Kukiela opisałem w Nrze 6ym gazety *Ślepiec*, który jest organem opiekuństwa maryjskiego, zostającego pod opieką Cesarzowej. Opiekuństwo to, prócz znacznych ofiar ludzi prywatnych zasila cerkiewny zbiór z niedzieli „o niewidomym" (w r. 1887 zebrano tą drogą 60 tys. rs.), roczną płacą licznych członków opiekuństwa, % ze stałych funduszów itd. W końcu r. z. Najjaśniejszy Pan ofiarował ze swej szkatuły 1,600.000 rs. Nie dziw więc, że rozporządzając znacznemi funduszami maryjskie opiekuństwo mogło asygnować 4 tys. rubli na prace statystycznego komitetu w kwestyi spisu ślepych w całem państwie. (*Wracz*, 1888, Nr 48 i 49).

Dr. J. Talko.

Komisyja przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak. wysłała do zdrojowisk krajowych następujący okólnik:

Każdy niemal z krajów europejskich posiada obszerniejsze lub krótsze opisy zbiorowe zakładów zdrojowych, kąpielisk i miejscowości klimatycznych, staraniem rządów lub prywatnych stowarzyszeń wydane. Nasz kraj jedynie, tak hojnie od przyrody w różnorodne zdroje i miejscowości lecznicze zaopatrzony, nie posiada dotychczas podobnego opisu.

Do zaznajomienia się z balneografiją polską służą właściwie cztery źródłowe prace: Adamowicza, Kitajewskiego-Bełzy, a przedewszystkiem Torosiewicza i Dietla. Wszystkie te znakomite w swoim czasie dzieła obecnemu stanowi rzeczy wcale nie odpowiadają. Obok nich posiadamy mnóstwo monografij, sprawozdań zdrojowych, broszur, artykułów okolicznościowych i zwykłych prospektów, rozsyłanych przez zarządy zdrojowe, które to publikacyje nie rozchodzą się w dostatecznej liczbie po wszystkich prowincyjach polskich, dostają się wybranym a najczęściej obojętnym, do handlu księgarskiego nie mają wstępu, w skutek czego giną bez śladu, a choć tu i owdzie napotkać je można, to nie wielka z nich dla postępowego lekarza i rzetelnego balneologa pociecha, gdyż z natury swej grzeszą najczęściej brakiem przedmiotowego sądu.

Konieczną jest więc potrzeba dzieła, któreby ujęło balneografiję polską w systematyczną całość, które byłoby dla każdego lekarza i wykształconego człowieka dobrym przewodnikiem w poglądzie na skarby swojskiej przyrody, na wartość leczniczą zdrojów mineralnych i innych środków leczniczych w zdrojowiskach i uzdrowiskach naszych używanych, wreszcie na wartość urządzeń sanitarnych, balneotechnicznych i ku wygodzie gości kąpielowych służących.

Takiego dzieła nie mamy i ta właśnie okoliczność jest jedną z głównych przyczyn nieznajomości i lekceważenia swojskich zdrojowisk i uzdrowisk, powszechnie dającego się spostrzegać.

Aby pilniej potrzebie choć w części zaradzić, Komisyja przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak. postanowiła wydać treściwy, a mimo to barwny i wyczerpujący, jednolity i systematyczny opis zakładów zdrojowych i klimatycznych na ziemiach polskich się znajdujących, któryby z myślą podniesienia przemysłu zdrojowo-leczniczego i turystycznego łączył wierny obraz każdego z osobna zakładu i właściwego mu życia, przyczem mają być podniesione najwybitniejsze i charakterystyczne strony, to wszystko co tworzy cechę indywidualną zakładu, owe żywe jądro, około którego grupują się wszelkie stosunki w zdrojowisku lub uzdrowisku.

Komisyja przemysłowo-lekarska z całej duszy pragnęłaby przyczynić się do wzrostu i rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk polskich. Wszelkie jednak nasze usiłowania wtedy tylko wydać mogą zbawienne rezultaty, jeżeli zarządy zakładów zdrojowo-leczniczych staną na wysokości swego zadania i dostarczą Komisyi dokładnych i prawdziwych materyjałów, na których podstawie dałoby się ułożyć wierny i sumienny przewodnik do zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Do takiego współudziału w pracy naszej zakłady zdrojowo-lecznicze wzywamy i o pomoc w urzeczywistnieniu powziętego zamiaru upraszamy.

W nadziei, że zarządy zakładów zdrojowo-leczniczych, miłujące sprawę publiczną a pomne na własny swój interes, tej pomocy nie odmówią, udajemy się z prośbą o dokładne odpowiedzi na następujące pytania:

A) Ogólny pogląd na geograficzne położenie zakładu, a mianowicie: 1. Położenie w kraju, gubernii, powiecie i gminie. 2. Orografija, hydrografija i geologija okolicy. 3. Obszar osady i zaludnienie. 4. Wykaz odległości zakładu od głównych miast, miasteczek, stacyj pocztowych i kolei żelaznych.

5. Szczegółowy opis najdogodniejszych sposobów dostania się na miejsce z głównych miast i stolic.

B) Klimat. Krótki pogląd na stosunki klimatyczne miejscowości, cechy klimatu z podaniem średnich miesięcznych ciepłoty, wilgotności powietrza, ilości opadów atmosferycznych, panujących wiatrów, a to na podstawie pięcioletnich przynajmniéj obserwacyj.

C) Szczegóły dotyczące urządzenia zakładu. 1. Liczba i nazwa zdrojów, sposób urządzenia, ocembrowania, pokrycia tychże, ilość wody przepływającéj w pewnym czasie (wydajność zdroju), własności fizyczne wody i jéj skład chemiczny (ostatni rozbiór chemiczny). Dalej należy podać sposób czerpania, ogrzewania wody, napełniania flaszek, ilość wody rozsyłanéj (z pięciu lat ostatnich) z wymieniem głównych miejsc zbytu, oraz czy inne wytwory z wody (muł, ług, sól, kołaczyki itp.) wyrabiane i rozsyłane bywają. 2. Urządzenie łazienek, sposób ich budowy, liczba izb łaziebnych, oraz ich urządzenie, sposób doprowadzenia i ogrzewania wody; czy są przyrządy dla kąpieli natryskowych, spadowych, kroplistych, falistych, nasiadowych, borowinowych, mułowych i jakie? W dalszym ciągu ile kąpieli i jakich średnio w ciągu roku (z ostatnich lat pięciu) się wydaje. 3. Czy są urządzenia do kąpieli rzecznych i jakie? 4. Czy są przyrządy do wziewań (inhalacyi)? 5. Czy mleko, żętyca, serwatka, kumys, kefir, bywają używane, a jeśli tak, czy są odpowiednie urządzenia do otrzymywania tychże w potrzebnéj ilości i należytéj jakości? 6. Czy jest stały lekarz zakładowy, czy prócz niego przebywają inni lekarze w celu opiekowania się chorymi i jacy? 7. Czy jest apteka w miejscu, czy też leki bywają sprowadzane (zkąd)? 8. Ile jest restauracyj i jakie. Czy nie ma trudności w dostaniu odpowiednich artykułów żywności? 9. Ile jest domów mieszkalnych, ile pokoi mieszkalnych, jak one są urządzone, czy mają potrzebne sprzęty, czy jest potrzebny zapas pościeli i jaka usługa? 10. Czy jest osobny hotel dla świeżo przybywających gości (jak urządzony)? 11. Jakie są przechadzki w miejscu i pobliżu, czy jest dość cieniu? 12. Czy jest czytelnia, wypożyczalnia książek, sala do zebrań towarzyskich, czy są inne przyjemności i rozrywki dla gości, czy bywa muzyka? 13. Jakie można odbywać bez zbytecznego zmęczenia wycieczki w okolicy? 14. Wykaz statystyczny (z pięciu ostatnich lat) ruchu osób z podaniem ich pochodzenia pod względem krajów i miast głównych, z których przybywają. 15. Jakie są opłaty zdrojowe w zakładzie, ceny mieszkań, pożywienia etc.? (Wszelkie cenniki). 16. Literatura zdrojowiska i zakładu dotycząca.

D) Część lekarska. 1. Opis działania wody lekarskiéj i istotnych jéj skutków na podstawie długoletniego doświadczenia i spostrzegania, tudzież wyszczególnienie wskazań zasadniczych (*Kern-Indicationen*) do użycia wody lekarskiéj i kąpieli z niéj przyrządzonych, jakie według poczynionych spostrzeżeń istotnemi się okazały. Mniéj ważne wskazania i przeciwskazania w drugim rzędzie zamieścić należy. 2. Wyszczególnienie sposobów używania wody lekarskiéj, tak wewnątrz jak i zewnątrz, tudzież pomocniczych metod leczniczych w zdrojowisku praktykowanych (międsienie, leczenie elektrycznością, leczenie terenowe, leczenie za pomocą gimnastyki itd.). 3. Literatura lekarska.

Wiemy dobrze, iż nie każdy Zakład na wszelkie pytania, tutaj zamieszczone, odpowiedzieć jest w możności. Dozwolona jest przeto pewna swoboda w odpowiedzi, z zastrzeżeniem atoli, aby odpowiedź była rzetelną, umiejętną i dokładną w szczegółach dla każdego zakładu najważniejszych. Nadto byłoby pożądaném dołączenie do opisu, ile możności dokładnego, wszelkich broszur, sprawozdań w ciągu ostatnich lat pięciu drukiem ogłoszonych, lub artykułów w pismach lekarskich w tymże czasie zamieszczonych, daléj ogólnego planu zakładu (choćby schematycznego rysunku), widoków, fotografiji, plakatów etc. Szanowny Zarząd zechce pamiętać, iż dokładność opisów zawisłą będzie od dokładności dostarczonych materyjałów, dla każdego zaś zakładu pożądaném zapewne będzie, aby w opisie uwzględnione zostały wszelkie urządzenia i ulepszenia w ostatnich latach wykonane. Jeżeli więc opis nie będzie wierny i prawdziwy, to wina tego rodzaju usterek nie na referencie lecz na zakładach ciążyć będzie, co zostanie uwidocznioném i do publicznéj wiadomości podaném.

Wszelkie wymienione tutaj pisma, broszury, rysunki etc. upraszamy nadsyłać (opłacone) najdaléj do 15 kwietnia b. r. do Komisyi przemysłowo-lekarskiéj Tow. lek. krak., na ręce podpisanego referenta Dra B. Lutostańskiego, (Kraków, Basztowa 9) któremu Komisyja powierzyła ułożenie „Przewodnika“ do zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Kraków, dnia 25 stycznia 1889 r.

Przewodniczący — Sekretarz
Prof. Dr. E. Korczyński — *Dr. Wł. A. Gluziński*
Dyrektor Kliniki lek. Uniw. Jag. — Docent med. wewn. Uniw. Jag.

Referent
Dr. B. Lutostański.

† Rosyja. *Russkij Inwalid* donosi, że w tym roku urządzone będą we wszystkich szpitalach w Rosyi biblijoteki dla chorych. W tym celu asygnowano dla każdego szpitala 25 do 100 rubli.

Prof. Weryho w Odesie zbadał 24 próbek oliwy prowansalskiéj, wziętéj z rozmaitych składów. Z próbek tych tylko 4 okazały się czystemi, reszta zaś była zanieczyszczona oliwą sezamową i in.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 lutego. Otrzymaliśmy następujące zawiadomienia:

Walne Zgromadzenie Delegatów Tow. lekarzy galicyjskich odbędzie się d. 27 kwietnia w sobotę o godz. 11éj rano.
Dr. Merunowicz.

„W imieniu Tow. lek. krak. oświadczamy, że dedykacyja książki p. t. „Magnetyzm i Hypnotyzm“, przez jéj autora p. Czyńskiego w niektórych egzemplarzach nakładu Towarzystwu naszemu uczyniona bez naszéj wiedzy i woli, była nadużyciem z jego strony.

Z komitetu Tow. lekarskiego krak.

Sekretarz stały — Prezes
Dr. Kwaśnicki. — *Dr. Paszkowski.*

* **Lwów**. D. 23 lutego odbyło się walne zgromadzenie galic. Towarzystwa weterynarskiego pod przewodnictwem prof. Szpilmana. Na zebraniu têm prof. Królikowski miał odczyt o szkole weterynaryjnéj wileńskiéj w stosunku do dzisiejszych polskich zakładów weterynaryjnych a Dr. Kulczycki o workach powietrznych u ptaków. Towarzystwo liczy 84 członków, wydaje pismo fachowe, które ma 275 abonentów. Prezesem obrano prof. Kubickiego, zastępcą jego prof. Barańskiego, sekretarzem prof. Kulczyckiego, skarbnikiem prof. Kretowicza. Do komitetu redakcyjnego weszli pp. Szpilman, Kadyi, Littich i Barański.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Wydział lek. ostatecznie uczynił następującą propozycyję względem obsadzenia 2éj kliniki lek.: *primo et acquo loco*: Ketli i Purjesz, *secundo et aequo loco*: Bókai i Jendrassik. — Dr. Szénássy habilitował się jako docent operacyj chirurgicznych. — **Gryfija**. Dyrektor kliniki pedyjatrycznéj Krabler otrzymał nowo utworzoną katedrę med. wewnętrznéj.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł d. 16 bm. Dr. Władysław Orłowski. Urodzony w r. 1835 ukończył gimnazyjum w Siedlcach, uniwersytet w Charkowie. W r. 1854 wszedł do służby wojskowéj w Warszawie, w r. 1862 objął obowiązki pomocnika prosektora przy anatomii opisowéj, w r. 1867 prosektora przy téjże katedrze, w r. 1869 prosektora przy katedrze anatomii patologicznéj, od r. 1864 był ordynatorem w oddziale zewn. szpitala Dzieciątka Jezus. Stopień Dra med. otrzymał w Uniw. warsz. Był 3 razy prezesem Tow. lek. warsz. i napisał liczne rozprawy, umieszczone w czasopismach warszawskich oraz w *Centralbl. f. Chir.* Nad grobem zmarłego kolegi przemówił w imieniu Tow. lek. Dr. Jawdyński.

W Pradze odebrał sobie życie wystrzałem Dr. Izydor Soyka, profesor higijeny w Uniw. niemieckim. Urodzony w Jaromierzu w r. 1850, uczeń Heringa, Klebsa i Pettenkofera, był asystentem przy katedrze anatomii patolog. w Pradze, habilitował się tamże w r. 1877 jako docent anatomii patolog., w r. 1878 jako docent higijeny, a w r. 1880 jako docent higijeny w politechnice w Monachijum. W r. 1885 mianowany został prof. nadzw. higijeny w Pradze. Przy zmarłym znaleziono list, mieszczący w sobie słowa: „Gdzie ustaje myślenie, rozpoczyna się samobójstwo“, z czego wynikać się zdaje, że władze umysłowe jego musiały być nadwerężone.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Jasińskiego: Zniepodobnienie stawu w skutek sąsiedztwa z wrodzonym tętniakiem; Drobnika: O charłactwie śluzowo-opuchlinowém (c. d.). Grundzacha: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 2: Winawera: O zastos. mięsienia podług Thure Brandta; Kępińskiego: Zapalenie łącznicy (dok.). — W *Medycynie* Nr. 8: Dobrzyckiego: Sławuta; Jaworskiego: Kilka słów o środkach tajemnych i specyficznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **środę d. 6 marca** o godz. 6éj w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Grabowski zda sprawę z rachunków Przeglądu Lek., poczem 2) odbędzie się dyskusyja nad wykładem kol. Gluzińskiego, mianym na ostatniem posiedzeniu, a wreszcie 3) kol. Browicz będzie miał wykład z demonstracyją o melanosarcoma opon mózgo-rdzeniowych i kości.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 9 Marca 1889. Nr. 10.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 14 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do sposobu operowania przy podwiązaniu tętnicy tarczykowéj dolnéj.

Podał
Prof. Dr. Rydygier.

Niedawno ogłosiłem (*Gazeta Lek.* 1888 Nr. 49 i 50 i *Wien. med. Woch.* 1888 Nr. 49 i 50) znakomite skutki, jakie osiągnąłem leczeniem wola za pomocą podwiązania tętnic tarczykowych. Od tego czasu operowaliśmy w ten sposób w naszéj klinice jeszcze 4 przypadki, tak, że razem mamy 16 przypadków. W celu podwiązania tętnic tarczykowych dolnych używaliśmy sposobu Drobnika, ponieważ ten sposób daje najlepszy i najpewniejszy przystęp do tętnicy tarczykowéj dolnéj, któréj odszukanie nie należy do łatwiejszych. Zarzucano jednak temu sposobowi i to słusznie, że pozostawia po sobie aż 4 blizny nie mało szpecące. Aby temu zapobiedz operowałem w dwóch ostatnich przypadkach inaczéj i w ten sposób nietylko pod względem kosmetycznym osiągnąłem lepszy wynik, ale zdaje mi się, że i przystęp do tętnicy tarczykowéj dolnéj był łatwiejszy, tak dalece, że odszukanie jéj nie było o wiele trudniejszém, jak odszukanie tętnicy tarczykowéj górnéj.

Mój sposób operowania jest następujący:

Chorego układa się na stole operacyjnym z głową zwróconą w stronę przeciwną (względnie do strony, po któréj mamy operować); następnie prowadzę na 2 ctm. powyżéj obojczyka równolegle do tegoż cięcie 6—8 cm. długie w ten sposób, żeby skrzyżowawszy się z tylnym brzegiem mięśnia mostkoobojczykosutkowego częściowo nań przypadało.

Po przecięciu skóry, mięśnia powierzchownego szyi i powierzchownéj fascyi podchodzę obydwoma palcami wskazującemi pod mięsień mostkoobojczykosutkowy i następnie za pomocą ruchów do góry i na dół wykonywanych oddzielam na tępo wiotką tkankę łączną pod tym mięśniem się znajdującą i w ten sposób dostaję się na wewnętrzny brzeg mięśnia *scalenus ant.*, a nawet jeszcze bardziéj na wewnątrz. Wszelkie naczynia i nerw błędny, które pozostają na tylnéj powierzchni mięśnia mostkoobojczykosutkowego unoszę także palcem do góry.

W ten sposób dostajemy dość wielką szczelinę. Tę rozszerzamy za pomocą tępych haków, któremi asystent odciąga mięsień razem z wielkiemi naczyniami ku przodowi i na wewnątrz. Przytem muszę zauważyć, że odciągnięcie mięśnia tylko ku przodowi nie wystarczy, bo konieczném jest jak najszerszy i swobodny przystęp do głębszych warstw. Skoro tylko mięsień dostatecznie odciągnięty został, można z łatwością trzymając się na wewnątrz od m. *scalenus* spostrzedz *truncus thyreocervicalis*, z którego wychodzi tętnica tarczykowa dolna zwracając się łukowato ku wewnątrz.

Pomylić się w rozpoznaniu tętnicy nie można, gdyż pewną wskazówkę pod tym względem dają nam dwie inne tętnice, mianowicie *cervicalis superficialis* i *ascendens*, z których pierwsza przechodzi w poprzek przez utworzoną jamkę, druga zaś zwraca się ku górze.

Do dalszego preparowania używam dwóch długich kleszczyków anatomicznych, dłuższych niż zwykle, żeby nie zakrywać sobie palcami pola operacyjnego. Temi oddzielam tętnicę, co się z łatwością udaje, następnie podwiązuję ją podwójnie i między podwiązkami przecinam [1]). To postępowanie na tępo ułatwia bardzo i skraca operacyję, a stosunki anatomiczne stają się może nawet jaśniejsze niż przy preparowaniu warstwowem. Tłuszcz i mniejsze gruczołki limfatyczne zupełnie temu nie przeszkadzają, większe natomiast trzeba oddzielić i wyjąć. Na mięśniu *scalenus ant.* można zwykle zobaczyć n. *phrenicus* przebiegający od góry zewnątrz ku dołowi wewnątrz, ale obrazić go nigdy nie można.

[1]) Billroth radzi podwiązać tylko raz i nie przecinać, obawia się bowiem wielkiéj kruchości téj tętnicy. Ja jednakże zawsze podwójnie podwięzuję i przecinam pomiędzy podwiązkami. Na 32 podwiązań dotychczas u nas wykonanych, prócz jednego dawniéj opisanego, więcéj nam się nigdy przerwanie tętnicy nie przytrafiło.

Na jedno trzeba uważać przy tem postępowaniu, t. j., żeby sobie za pomocą palców dość miejsca utorować i następnie jeszcze hakami tępemi dobrze jamkę rozciągnąć; wtenczas dopiero stosunki stają się jasne.

Czasem jest tętnica tarczykowa dolna częściowo pokryta przez m. *scalenus*, natenczas trzeba mięsień płasko ucisnąć, żeby sobie przystęp ułatwić.

Cięcie poprzeczne daje pod względem kosmetycznym bardzo dobry wynik, bo chowa się pomiędzy naturalne fałdy szyi, tak, że wcale nie uderza, a jest przy tem tak niskie, że zostaje przez ubranie zupełnie zakryte. Zdaje mi się także, że przy tem cięciu można mięsień mostkoobojczykosutkowy lepiéj ku wewnątrz i przodowi odciągnąć, i że w ten sposób dostęp do tętnicy jest łatwiejszym.

W dwóch ostatnich przypadkach użyłem i do podwiązania tętnicy tarczykowéj górnéj cięcia poprzecznego i przekonałem się, że wynik kosmetyczny był bardzo dobry.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XIII i XIV.

Przyczynek do kazuistyki samobójstwa.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

II.

Samobójstwo przez zastrzelenie się karabinem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

D. 27 lutego przesłuchano Leontego K., obwinionego razem z Wasylem W. o zamordowanie żandarma; obwiniony atoli wypiera się wszelkiéj winy pod tym względem, twierdząc stanowczo, że od chwili zabrania szabli żandarmowi już więcéj z nim się nie spotkał, że uciekając ze szablą dążył prosto ku domowi, że wstąpił do chaty Wasyla W., gdzie go opatrzono, a przybywszy do swojéj chałupy padł bez przytomności. Tylko czas jego powrotu do domu nie został należycie wyświecony: albowiem podczas gdy on twierdził, że powrócił koło 10éj, jeden świadek podał, że go widział wracającego dopiero koło północy

Sąd przesłał akta Wydziałowi 25/4 z odezwą, w któréj na zasadzie § 126 u. p. k. dla ważności sprawy i trudności przypadku prosi o wydanie orzeczenia celem stwierdzenia przyczyny śmierci Józefa K., niemniéj o orzeczenie celem usunięcia wątpliwości, czy ze względu na położenie, w jakiém zwłoki znaleziono, oraz na uszkodzenia przez znawców na zwłokach spostrzeżone, wreszcie na konstrukcyję i sposób użycia narzędzia, to jest karabinu, jakim są uzbrojeni żandarmi, wykluczoném może być przypuszczenie, że Józef K. dopuścił się samobójstwa.

Na odezwę tę Wydział lekarski na posiedzeniu swém z d. 6go czerwca uchwalił następującą odpowiedź:

Pomimo dokładnego obeznania się z aktami śledztwa Wydział lekarski nie jest obecnie w stanie wydać orzeczenia o przyczynie śmierci Józefa K., a to z powodu, że opis ran postrzałowych w protokóle sekcyjnym jest niedostateczny, tak że nie można wyrobić sobie zdania, czy był jeden strzał czy dwa, a w ostatnim razie, którędy kula druga weszła a którędy wyszła. W obec nadzwyczajnéj doniosłości sprawy uważa przeto Wydział za koniecznie potrzebną ekshumacyję zwłok i przesłanie Wydziałowi czaszki celem bliższego jéj zbadania. Zwraca przytém uwagę Sądu, aby wydobycie i oddzielenie czaszki odbyło się śród wielkiéj ostrożności, aby uniknąć przypadkowego jéj uszkodzenia i że jeżeli, jak przypuścić należy, na czaszce znajdą się jeszcze części miękkie, wypadnie przesłać ją w spirytusie. Wydział żądać musi koniecznie tego uzupełnienia śledztwa, bo jak dotąd rzeczy stoją, nie mógłby żadną miarą wykluczyć samobójstwa. Uzupełnienie to zatém w interesie prawdy i sprawiedliwości koniecznie jest wskazaném.

Sąd przychylił się do tego wniosku i polecił ekshumacyję zwłok. Odbyła ona się dn. 20/6; po sprawdzeniu tożsamości ciała odjęto głowę i takową w naczyniu, napełnioném spirytusem, przesłano Wydziałowi.

Po otwarciu naczynia, należycie opatrzonego i zapieczętowanego wydobyto z niego co następuje:

1. Kawał sklepienia czaszki ludzkiéj, składający się z obu kości bocznych i maléj części kości potylicznéj. Kość boczna lewa okazuje pęknięcie przebiegające w kierunku strzałkowym ku tyłowi, gdzie staje się coraz mniéj widocznem. Długość tego pęknięcia nieco zygzakowatego wynosi 12cm., przenika ono całą grubość kości.

Obie opisane kości boczne pokryte są po zewnętrznéj stronie luźnie przylegającemi gnijącemi resztkami części miękkich, za pomocą których trzyma się tych kości kawał prawéj połowy kości czołowéj. W miejscu pomiędzy tą częścią kości czołowéj a szwem wieńcowym jest zupełny brak kości sklepienia. Kawał sklepienia opisany okazuje się odpiłowany od reszty kości czaszkowych w sposób taki, jako to się zwykle przy sekcyjach robi.

2. Z płynu brunatnego mocno w sposób właściwy cuchnącego, przypominającego nadto woń wyskoku, a znajdującego się w garnku opisanym, wyjęto następnie resztę głowy ludzkiéj, na któréj brak sklepienia czaszki kostnego, jama czaszkowa otwarta, jak to widoczne, przez odpiłowanie sklepienia, nie zawiera ani śladu resztek mózgu. Na podstawie jamy czaszkowéj widać oponę twardą przylegającą po największéj części do podstawy, część zaś opony, która pierwotnie pokrywała półkule mózgowe leży pomięta i pomarszczona w tylnym dole czaszkowym. Resztki sklepienia czaszkowego poprzednio opisane przyłożyć można dokładnie do czaszki odpiłowanéj i przekonać się, że sklepienie to należy rzeczywiście do téj a nie innéj czaszki; nietylko bowiem rozmiary zupełnie się zgadzają, lecz i brzegi przekroju stosują się do siebie dokładnie.

Skóra czaszkowa, względnie resztki takowéj, zwisają na około odpiłowania w postaci 3ch płatów, z których jeden największy znajduje się z tyłu, dwa zaś mniejsze odpowiadają połowom kości czołowéj. Skóra po zewnętrznéj stronie jest pokryta gęstym krótko ostrzyżonym porostem jasnych włosów. Brzegi płatów ogniłe i rozłażące się okazują gdzieniegdzie małe otwory, w których tkwią resztki szpagatu szarego gnijącego. Części miękkie lewéj połowy twarzy, jakkolwiek rozmiękłe i rozłażące się, są jeszcze utrzymane, prawe lico okazuje brak części miękkich, oczodół prawy jest pusty, a ubytek który ma miejsce po prawéj stronie twarzy, otoczony resztkami gnijącemi skóry, odsłania tak jamę nosową prawą, jakoteż jamę ust. W dolnéj części tego ubytku sterczą nagie części złamanéj szczęki dolnéj a na licznych strzępkach części miękkich wiszą luźnie drobne odłamki kostne po największéj części z kości, które w skład twarzy wchodziły.

Po odwróceniu całéj głowy widać, że skóra, która pokrywała okolicę pod szczęką i częściowo szyję, jest jeszcze dosyć dobrze utrzymana. W miejscu têm, a mianowicie pod brodą nieco na lewo od linii środkowéj widać otwór w skórze wielkości centa, o brzegach strzępiastych ogniłych. Pręt szklany wprowadzony do tego otworu wchodzi do jamy ust, wchodzi téż naturalnie do wielkiego ubytku opisanego po lewéj stronie twarzy. Skoro jednak pręt ten prowadzi się prawie prostopadle ku górze, wychodzi jego górny koniec przez otwór w podstawie czaszki, otwór, o którym nie ma wzmianki w opisie w protokole sekcyjnym. Otwór ten rozmiarów $^1/_2$ centa o brzegach nierównych znajduje się w miejscu lewéj blaszki pozioméj kości sitowéj, zachodzi na sklepienie oczodołu lewego. Ku przodowi odchodzą od tego otworu dwa pęknięcia kości czołowéj przechodzące na przodkową część téjże kości, która tutaj okazuje ubytek kątowaty, zwrócony wierzchołkiem ku dołowi. Ubytek ten w kości czołowéj jest tego rodzaju, że zatoki czołowe lewéj strony stoją otworem a szczeliny w kości dochodzą do brzegu oczodołu lewego. W miejscu otworu w kości sitowéj okazuje także twarda opona mózgowa, która w części obwodu otworu jest widoczna, odpowiednio do otworu ubytek, po odjęciu opony naokoło widać, że ku tyłowi wybiegają 2

szczelinowate pęknięcia, z których jedno dąży ku stronie lewéj i zachodzi na lewe skrzydło małe kości klinowéj, prawe pęknięcie obiegając poza utrzymanym grzebieniem kogucim, łączy otwór w blaszce kości sitowéj z rozległemi złamaniami tak blaszki sitowéj prawéj, jakoteż całego prawego sklepienia oczodołowego.

Po zdjęciu opony twardéj od reszty podstawy czaszki nie widać na takowéj żadnych innych zmian oprócz właśnie opisanych złamań i otworu. Jak poprzednio wspomniano, pręt szklany wprowadzony przez otwór w skórze pod brodą wchodzi przez otwór w podstawie czaszki; a przebieg pręta tego śledzić można dokładnie w jamie ust, gdzie przechodzi obok resztek języka po stronie lewéj takowych, wypiera nieco podniebienie miękkie ku przodowi, przechodzi następnie przez lewą jamę nosową, w któréj zrąb kostny jest zniszczony, przegroda nosowa utrzymana, a wreszcie dochodzi bez przeszkody do podstawy czaszki w miejscu opisaném i przez otwór wydobywa się na zewnątrz, naśladując prostolinijny przebieg pocisku.

Wynik tego badania zmienił gruntownie stan rzeczy. To też Wydział lekarski zgodził się na wydanie następującego orzeczenia:

1. Z opisu pp. obducentów wynika, że Józef K. zmarł skutkiem zranienia głowy bronią palną i że strzał padł z bliska; dowodzi tego zwęglenie czy osmolenie brzegów rany znajdującéj się pod brodą oraz znaczne zniszczenie części miękkich i kostnych.

2. Już okoliczność, że strzał był bliski, zwraca uwagę na możność zadania go ręką własną, a w takim razie kanał postrzałowy na têm większe zasługuje uwzględnienie.

3. Pp. obducenci przypuszczają istnienie dwóch kanałów postrzałowych, z których jeden oznaczają dokładnie jako idący od brody przez lico prawe, drugiego zaś sami określić nie umieją; przypuszczają tylko, że pocisk drugi wszedł przez czoło, a na podstawie tego przez opis nie usprawiedliwionego przypuszczenia wykluczają samobójstwo.

4. Inaczéj się rzecz przedstawia po dokładnêm zbadaniu nadesłanéj nam głowy Józefa K. Na pierwszy rzut oka wykryto ową komunikacyję między otworem wejścia kuli pod brodą a czaszką, któréj pp. obducenci odnaleść nie umieli i przez przeprowadzenie pręta od otworu pod brodą aż na podstawę czaszki odkryć kanał postrzałowy a zarazem i jego kierunek. W obec tego kanału postrzałowego odpada potrzeba przypuszczenia strzału drugiego, dla którego żadnych nie ma podstaw, a to têm bardziéj, o ile wszystkie obrażenia na głowie Józefa K. znalezione aż nadto dostatecznie z tego jednego strzału wysnuć się dają. Wiadomą jest rzeczą, jakie spustoszenia sprawia strzał karabinowy z bliska wymierzony. Kula wszedłszy pod brodą zdruzgotała obie szczęki, przebiła język i podniebienie, małżowinę nosową i kość sitową i przez lewą blaszkę sitową dostawszy się do jamy czaszkowéj zmiażdżyła płaty czołowe mózgu a pędząc zapewne przed sobą odłamki kostne strzaskała kość czołową i wyszła na zewnątrz, podczas gdy gazy wybuchające prochu strzelniczego dokonały reszty, a mianowicie rozsadziły części miękkie twarzy.

5. Gdy więc jeden strzał był dostateczny do wywołania wszystkich obrażeń na głowie Józefa K. znalezionych, gdy nadto ten strzał był bliskim, gdy wreszcie i kierunek strzału dokładnie jest znany, należy rozważyć, co w danym razie jest prawdopodobniejszém, strzał z obcéj lub własnéj ręki.

6. Strzał z obcéj ręki mógł być wymierzony do Józefa K. tylko w dwóch pozycyjach: jeżeli tenże stał znacznie wyżéj od strzelającego, lub jeżeli leżał na wznak w chwili, gdy został postrzelony. W pierwszym atoli razie pomijając okoliczność, że na miejscu, gdzie trupa znaleziono, nie ma pagórków, strzał nie miałby cech strzału pobliskiego; w ostatnim zaś razie nietylko K. musiałby był leżeć na wznak, ale strzelający na brzuchu, aby przyłożywszy broń do brody strzałem wywołać mógł kanał taki, jak opisany; gdyby bowiem sprawca był tylko klęczał, to już kierunek strzału musiałby być inny, a kula nie przez czoło, lecz wyszłaby przez kark lub tyłogłowie.

7. Jeżeli do wytłumaczenia możności zadania Józefowi K. strzału ręką obcą potrzeba uciec się do szczególnych kombinacyj, to przeciwnie możność zadania sobie strzału w takim kierunku ręką własną jest wielką i prostą. Mógł zastrzelić się K. albo stojąc albo siedząc na ziemi (niekoniecznie na podwyższeniu). Nie ulega bowiem żadnéj wątpliwości, że za pomocą karabinu, jaki noszą żandarmi, a który jest znacznie krótszy od karabinu używanego w piechocie, nawet człowiek niskiego wzrostu może zastrzelić się, jeżeli koniec lufy podsuwa pod brodę, bo palcem ręki prawéj nader wygodnie dostać się może do kurka a nie potrzebuje posiłkować się stopą. Nadto próby uskutecznione przez sprawozdawcę w biórze tutejszéj komendy żandarmów wykazały, że jeżeli człowiek niskiego wzrostu siedzi na równéj podłodze i podsuwa karabin pod brodę, może on z łatwością strzelać do siebie, a strzał miałby kierunek właśnie taki, jaki miał u Józefa K.; co większa, jéżeli ten człowiek następnie pada na wznak i wypuszcza z ręki prawéj broń, to takowa pozostaje w całkiém takiém samém położeniu pomiędzy nogami, jak ją na Józefie K znaleziono.

8. Jeżeli się wreszcie zważy, że okolica pod brodą jest miejscem, które z konieczności obierają wojskowi, którzy chcą zastrzelić się bronią długą, że przypadki takiego samobójstwa pomiędzy żołnierzami wcale nie są rzadkie, że więc każdemu doświadczonemu lekarzowi sądowemu już w obec szczególnego miejsca wstrzału i użytéj broni długiéj narzuca się mimowolnie domysł samobójstwa, wypada, nie oglądając się na to, czy i jakie mógł mieć K. pobudki do odebrania sobie życia, oświadczyć z największém podobieństwem do prawdy, że mamy przed sobą samobójstwo.

Przed 9 laty miałem przypadek morderstwa i samobójstwa, w którym młody podoficer zastrzeliwszy kochankę swoją następnie sobie samemu odebrał życie wystrzałem z karabinu długiego, jakiego używają w piechocie; znalazłem go leżącego na ziemi, rozebranego, otwór wstrzału znajdował się na szyi po stronie lewéj, wystrzał zaś między lewą kością skroniową a ciemieniową; kula utkwiła w suficie. O przypadku tym wspomniałem w dziele zbiorowém wydaném przez Maschkę (*Handb. d. gerichtl. Medicin* 1881 I. str. 449). Przeczytawszy protokół sekcyjny w przypadku powyżéj opisanym przypomniałem sobie odrazu przypadek dawniejszy i nie wahałem się uznać obydwa za bardzo do siebie podobne, a têm samém przypuszczałem odrazu, że i żandarm sam się zastrzelił podłożywszy broń pod brodę. Różnica zachodziła tylko ta, że podoficera znaleziono rozebranego a żandarma ubranego; pierwszy mógł więc stopy użyć zamiast dłoni celem pociągnięcia kurka, ostatni nie. Musiałem więc dla usunięcia téj wątpliwości porównać karabin odtylcowy, używany w piechocie naszéj, z karabinem, jaki noszą żandarmi, a tu pokazało się, że ostatni jest o wiele krótszy, tak że człowiek całkiem ubrany może jak najwygodniéj stojąc, a têm bardziéj siedząc, podłożywszy koniec lufy pod brodę sięgnąć palcami ręki do kurka i zastrzelić się. Gdy

ta wątpliwość została usuniętą, utwierdziłem się tém mocniéj w przypuszczeniu samobójstwa, a co większa, przypuszczałem, że śmierć wywołaną została jednym strzałem, tak że kula weszła pod brodą i wyszła przez czoło lub sklepienie czaszki, a kto zna spustoszenia, które zrządza strzał karabinowy, z bliska wymierzony, nie dziwi się wcale, że jedna kula mogła takie wywołać obrażenia w częściach miękkich i kostnych a następnie jeszcze wyjść z czaszki; faktem zaś było, że nietylko w czaszce, ale i w otoczeniu trupa kuli wcale nie znaleziono. Jeżeli zaś przekonanie moje o zaszłém samobójstwie było silném i przekonaniu temu dałem wyraz na pierwszém posiedzeniu Wydziału, to przypuszczenie moje, że nastąpił tylko jeden strzał, nie dało się obronić ze stanowiska naukowego, skoro pp. obducenci na podstawie czaszki nietylko uszkodzenia nie znaleźli, lecz przeciwnie wyraźnie do protokółu podali, że „na podstawie czaszki nic uwagi godnego nie było“. Jakkolwiek nasuwało się przypuszczenie, że pp. obducenci mogli przeoczyć otwór w podstawie czaszki, a nasuwało mi się dlatego, że wiem, w jak trudnych warunkach odbywają się sekcyje sądowe na wsi, pod gołém niebem na ziemi i wietrze, lub w ciemnéj jakiejś szopie lub izbie, — jednak orzeczenie Wydziału, w sprawie tak ważnéj, nie może kierować się przypuszczeniami, lecz polegać musi na akcie sądowym, jakim jest protokół sekcyjny, który kontrolować nigdy przecie nie jest w mocy Wydziału. Tym razem atoli na szczęście wyjątkowo kontrola okazała się możebną i z tego powodu Wydział zażądał ekshumacyi zwłok i przysłania całéj głowy. Ekshumacyja, odjęcie głowy i przesyłka jéj odbyły się śród wszelkich przezorności, aby nie wywołać sztucznego uszkodzenia. Jak wielką była moja radość, gdy razem z asystentem moim Dr. Schaitterem wyjąwszy ostrożnie głowę z naczynia, wykryliśmy odrazu otwór w lewéj blaszce sitowéj oraz komunikacyję najzupełniejszą pomiędzy tym otworem a otworem wstrzałowym pod brodą, — radość tę pojmie każdy lekarz sądowy, który powołany najczęściéj, aby przyczynić się do wykazania winy, śród sprawdzania przedmiotowéj istoty czynu nabywa przekonania o niewinności bliźniego. Sąto najpiękniejsze chwile w zawodzie lekarza sądowego! Skutkiem wykrycia otworu w blaszce sitowéj i związku między nim a otworem wstrzałowym, Wydział lekarski mógł naocznie przekonać się o przebiegu kanału postrzałowego, a tém samém przypuścić, że wszystkie uszkodzenia mogły powstać skutkiem działania jednego strzału. W takim razie, bacząc nadto na okoliczność, że strzał był bliskim, że człowiek w każdéj pozycyi za pomocą karabinu żandarmskiego może wygodnie strzelać do siebie w kierunku, oznaczonym przez kanał postrzałowy, musiał Wydział przypuścić co najmniéj, że samobójstwa w danym razie wykluczyć nie można, zwłaszcza, gdy nierównie łatwiéj wytłumaczyć sobie zastrzelenie się aniżeli zastrzelenie przez osobę drugą, która dziwną jakąś pozycyję, leżąc na brzuchu, musiałaby była sobie obrać, aby na żandarmie taki wywołać kanał postrzałowy, i to dopiero wtedy, gdyby żandarm już poprzednio leżał na wznak, lub powalony na ziemię przytrzymany był tak, aby się ruszyć nie mógł. W każdym innym bowiem razie powstanie kanału postrzałowego z takim kierunkiem i przebiegiem absolutnie nie dałoby się wytłumaczyć przez działanie osoby drugiéj. Samobójstwo zaś tłumaczy wszystko w sposób prosty. To też miałem tę satysfakcyję, że sami żandarmi w tutejszéj komendzie uznali, że tylko samobójstwo miejsce mieć mogło, dodając, że przypadki podobnego zastrzelenia pomiędzy nimi się zdarzają, za dostateczną zaś pobudkę uznali fakt rozbrojenia, którego zmarły doznał, a które u nich dotkliwie jest karane. Jako lekarz sądowy broniłbym do upadłego w razie potrzeby samobójstwa i nie wahałbym się ani na chwilę wykluczyć morderstwa; jeżeli zaś Wydział lekarski poprzestał na stylizacyi wyżéj podanéj, to nic przeciw niéj mieć nie mogłem, skoro cel właściwy został osiągniętym.

II. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Tassinari: **Poszukiwania nad wpływem dymu tytoniowego na grzybki chorobotwórcze.**

Za pomocą bardzo prostego przyrządu badał autor, o ile wpływa dym cygar i papierosów na żywotność niektórych grzybków chorobotwórczych i doszedł w téj mierze do nader ciekawych rezultatów. Przyrząd Tassinariego składa się z 2 lejków szklanych zlepionych z sobą za pomocą parafiny, i opatrzony na jednym końcu rurką, w którą badane cygaro lub papieros się wkłada, na drugiem w trestkę zwykłéj cygarniczki, przed którą dla ostrożności zatyczkę z waty, jako sączek włożono. Wewnątrz jamy utworzonéj przez zlepione lejki zawieszone są na druciku platynowym nitki jedwabne zaprawione badanym grzybkiem chorobotwórczym, na dnie nieco mokréj waty, aby zbyteczne szybkie wyschnięcie nie tak szybko następowało. Dym wciągany przechodzi przez cały przyrząd a więc w ciągłém zostaje zetknięciu z grzybkami zawieszonemi w pośrodku. W ten sposób dochodził autor zachowania się: grzybków cholery, grzybków Finkler-Priora, prątków wąglika, duru brzusznego, i zapalenia płuc, daléj grzybków: *Staphyloccocus pyogenes* i *Bacillus prodigiosus*. Jako wynik otrzymał, że dym cygar preparowany przez 30—35 minut, (pary z użycia $3\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ gram. tytoniu) utrudnia rozwój grzybków, niektórych zaś nawet całkowicie żywotność znosi. I tak naprzykład dym cygara zwanego Virginia sprowadził opóźnienie rozwoju grzybka *Bacillus prodigiosus*, *Staph. pyogenes aureus i Bacillus anthracis* o 72—97 godzin, podczas gdy żywotność grzybków cholery, Finkler-Priora, duru i zapalenia płuc, całkowicie zniesioną została. Wynik kontrolował za pomocą takich samych zaprawionych nitek, które zmięszane z pożywką gelatynową na płytki wylewał, co również z badanemi grzybkami po ukończeniu doświadczenia czynił. Mniéj skutecznym był dym papierosów, tu jedynie spóźnienie rozwoju mógł stwierdzić. Dym przepuszczony przez wodę, a następnie doprowadzony do grzybków badanych, okazał się bezskutecznym, to też autor uwzględniając, że: 1) grzybki badane w stałéj a dla nich korzystnéj ciepłocie pozostawały, że 2) wyschnięcie grzybków nie następowało, oraz 3) ujemny wynik przy stosowaniu dymu poprzednio przez wodę przepuszczanego, sądzi że chemiczny skład rozmaitych przetworów w dymie zawieszonych na grzybki téż działa. Autor spodziewa się w krótce dostarczyć dalszych dowodów na działalność dymu i obiecuje spostrzeżenia swe nad zachowaniem się grzybków gruźliczych ogłosić. (*Centralblatt für Bakteriologie.* 1888. N. 15.)

Dr. Karliński.

Fizyjologija.

(Dr. H. K.) W pracy swojéj pod tytułem: **Co stoi na przeszkodzie samostrawieniu się żołądka u człowieka żyjącego?** dochodzi docent Sehrwald po wykonaniu licznych doświadczeń na zwierzętach do następujących wyników: Wymiana między alkalescencyją krwi a kwasotą soku żołądkowego następuje za życia nie podług prawa dyfuzyi. Wynika stąd, że samostrawieniu się żołądka nieprzeszkadza samo alkaliczne oddziaływanie krwi, lecz także i czynne życiowe sprawy przybłonka. Ten sam przybłonek chroni od zbytniego wydzielania się soku i nadmiernego wchłaniania. Wszystkie wpływy szkodliwe, które wywołują zaburzania w czynnościach życiowych przybłonka błony śluzowéj, dają powód do wytworzenia się wrzodów w żołądku. (*Münch. med. Woch.* 1888. N. 44 i 45).

Patologija.

Jasiński (Warszawa).: **Astasia congenita**.

Sposobność do zastanowienia się nad tą rzadką chorobą dał J. przypadek własny spostrzegany w Warszawie, a odnoszący się do 14 letniego chłopca, którego przywieziono jako niemogącego wcale chodzić od jedenastu miesięcy. Badanie bardzo dokładne całego ustroju fizyczne i elektryczne, badanie narządów ruchu i zmysłów dało wynik ujemny i doprowadziło do tego spostrzeżenia, że chory może leżeć, w tym stanie wykonywać wszelkie ruchy czynne, nie jest zaś w stanie sam ruszyć z miejsca ani stać pionowo. Miał zatem S. do czynienia z przypadkiem: braku koordynacyi ruchowéj do stania i chodzenia, opisanéj dokładniéj przez Charcota „*Incoordination motrice pour la station et pour la marche.*“ Za przypadek macinniczéj postaci chorobowéj J. swego przypadku nie uważa. Dołączywszy do tego przypadku jedynaście przypadków podobnych zebranych z literatury przez Belocqa zastanawia się nad swoim i podczas gdy w tamtych wszystkich choroba była nabytą, w swoim uważa chorobę za wrodzoną, chory bowiem w tym okresie życia swego, kiedy dzieci uczą się już chodzić, wcale sobie téj zdolności nie przyswajał, a nieprzyswajał sobie jéj dlatego, bo nieprawidłowo się rozwijała jego miednica i mięśnie na odnogach dolnych, które służą do ustalenia tułowia w pozycyi pionowéj przy staniu i chodzeniu na dwóch nogach. Oryginalne też i skuteczne zastosował w swoim przypadku leczenie mechaniczne. Ciekawych odsyłamy do obszernéj pracy oryginalnéj. (*Gazeta Lekarska* N. 1—4. 1889). *Dr. Kraus.*

(Dr. H. K.) Za temat do rozprawy dysertacyjnéj obrał sobie Grimme rzecz: **Jak często napotykamy raka krtani?** Odpowiedź na to pytanie daje autor na podstawie protokółów sekcyjnych w liczbie 13.517 z zakładu Bollingera. Na taką liczbę sekcyjonowanych przypadło 15 przypadków raka krtani, tj. 6.11%, między niemi był rak w 0·4% pierwotnym. Najczęstszym był przybłoniak; częstszym był u mężczyzn niż u kobiet, stąd to słusznie przypuszcza G. te same przyczyny powstawania raka krtani, jakie się powszechnie przypuszcza dla raka wargi. Napotkał go tylko u ludzi starszych (wiekowych). Przerzuty są w téj postaci nowotworu złośliwego rzadkie, tak samo są rzadkie przerzuty w krtani w przebiegu złośliwych nowotworów w innych narządach. Chera nowotworowa nie występuje w przypadkach raka innych narządów. Powinno to być także wskazówką i radą do tem szybszego i radykalniejszego leczenia. (*Münch. med. Woch.* 1888. N. 48).

Farmakologija.

Bolton Corney: **Cytrynian kofeinowy w eklampsyi.**

Eklampsyi porodowéj dwa są rodzaje: jeden będący następstwem powstrzymania we krwi pierwiastków zakaźnych i drugi od tego niezależny, lecz zależy od podrażnienia układu nerwowego. W tych przypadkach kofeina działa bardzo pomyślnie.

23-letnia mężatka powiła po 3ch godzinach silnych bólów porodowych dziecię donoszone. Już nazajutrz chora zaczęła skarżyć się na ból głowy, poczém wystąpiły wymioty i napady kurczów podobne do padaczkowych, z zupełną utratą przytomności przez 10 godzin. Podane dość duże dawki bromu i hyoscianu, oraz chloralu nie działały pomyślnie, dla czego chorą musiano chloroformować. Opuchliny nie było, mocz nie zawierał białka. Trzy noce pozostała chora w głębokiém odrętwieniu. Skutkiem porażenia pęcherza mocz odpływał kroplami. Odpływ maciczny był skąpy i śluzowy. Ciepłota podwyższona, nadchodzi sinica, oddech 30 na minutę. Następnie rozwinęło się porażenie ramienia lewego i palców prawéj ręki: opadnięcie jednostronne powieki i rogu wargi dolnéj. Źrenice były nieruchome, tętno 110. Autor przypuszczał jako przyczynę niedokrewność układu mózgordzeniowego. Zresztą trudno było rozstrzygnąć, o ile stan ten zawisł od samego cierpienia, a o ile od wielkich dawek bromu i chloralu. Autor wstrzyknął natychmiast 3 grana *coffeini citrici* z salicylanem sodu, w godzinę potém podał wewnętrznie 6 granów i daléj co 2 godziny po 2 grany. Odtąd powstała poprawa pod każdym względem i po kilku nastało zupełne ozdrowienie. Działanie kofeiny polegało tu na wzmocnieniu ośrodków sercowego i oddechowego. (*The Practitioner*, 1889). *Dr. Smoleński.*

H. Kisch: **Przyczynek do kazuistyki działania sulfonalu.**

Autor podawał sulfonal w 24 przypadkach. Środek ten działał najlepiéj i najpewniéj jak lek nasenny w przypadkach rozdrażnienia nerwowego jako przyczyny bezsenności. I tak u osób z wyraźnemi objawami maciennicy, u osób z rozmaitemi zboczeniami czynnościowemi nerwowemi podczas klimakteryjum u neurasteników, u chorych cierpiących na migrenę lub tachykardyję sulfonal sprowadzał sen szybko i na pewne. Nieco mniéj pewnie działał środek ten w przypadkach nerwobólów, nawet podany w dawkach większych. Bezsenności wywołanéj przez astmę sercową (*asthma cardiacum*) nie usuwał sulfonal w zupełności i podobnie okazał się bezskutecznym u chorego dotkniętego padaczką. Nieprzyjemne przypady po podaniu tego środka zauważył Kisch w trzech przypadkach i tak: 1) u chorego liczącego lat 63 cierpiącego na bezsenność po udarze mózgowym z porażeniem połowiczém po stronie lewéj sprowadził wprawdzie 1gr. sulfonalu sen ale po przebudzeniu utrzymywała się przez kilka godzin afazyja. 2) U neurastenika wystąpiły niemiłe objawy ze strony serca po podaniu 3gr. sulfonalu. 3) U chorego cierpiącego na bezsenność starczą wywołano wprawdzie sen po podaniu 1gr. sulfonalu, ale podczas tego snu miał chory polucyję (pierwszy raz od lat 10ciu), a po przebudzeniu czuł się tak słabym, że z łóżka wstać nie mógł. Zbierając całą tę kazuistykę przychodzi się do przekonania, że sulfonal działał bardzo dobrze w 62·5%, nie działał zupełnie w 25% a nieprzyjemne przypady wywołał w 12% przypadków. (*Berl. klin. Woch.*, 1889, Nr. 7). *A. K.*

Choroby nerwowe.

Charcot: **Suspenzyja jako środek leczniczy w uwiądzie rdzenia i kilku innych chorobach układu nerwowego.**

Jako środek przeciw uwiądowi podał w 1883 roku Moczutkowski (*Wracz*, 1883. Nr. 17) metodyczne wieszanie chorych za pomocą przyrządu Sayrego (pospolicie do zakładania gorsetów używanego). Metoda ta nie znalazła jednak wówczas rozgłosu w świecie naukowym. Dopiero w ostatnich czasach przez lekarza paryskiego Raymonda dostała się do Paryża i zwróciła na siebie uwagę Charcota. Stosuje on ją w następujący sposób: Chorych codziennie za pomocą wspomnianego przyrządu wiesza się, z początku przez pół później do 4 minut. Co 15—20 sekund wzmacnia się napięcie kręgosłupa przez podnoszenie ramion w górę. U 14 tabetyków nastąpiło po 3-miesięcznem leczeniu znaczne polepszenie. Już po pierwszém posiedzeniu chód staje się pewniejszym, co jednak trwa tylko krótki czas (2—3 godz.). Po 8—10 posiedzeniu skutek ten ma być stałym. Po 20 do 30 posiedzeniach znika objaw Romberga i ustępują bóle i zaburzenia ze strony pęcherza. Na miejsce impotencyi ma występować pobudzony popęd płciowy. Ogólny stan znacznie się polepsza, tylko objawy ze strony źrenic i objaw Westphala pozostają niezmienione. U jednego tylko tabetyka nastąpiło pogorszenie. W jednym przypadku choroby Friedreicha i u dwóch neurasteników impotentów metoda ta miała okazać się również skuteczną. (Wyniki te zdają się zupełnie potwierdzać w toku będące doświadczenia przedsiębrane przez prof. Mendla w Berlinie. Ref.). (*Progrès méd.*, 1889 styczeń). *Dr. W. Momidłowski.*

Strümpell: **Nerwice urazowe.**

Mianem têm objęto stan chorobowy układu nerwowego po silnych wstrząśnieniach fizycznych spostrzegany, a którego głównym reprezentantem jest t. z. *railway spine* lub lepiéj *railway brain*. Ze względu na symptomatologiję podzielić można nerwice urazowe na ogólne i miejscowe. W badaniu nerwic urazowych ogólnych szczególniejszą zwrócić należy uwagę na sferę psychiczną chorego. Ta strona badania bywa właśnie najczęściéj zaniedbywaną i prowadzić może do więcz błędnych orzeczeń lekarskich. Nie są rzadkie przypadki, że przy najdokładniejszém fizyczném badaniu chorego nic znaleźć nie można, podczas gdy w dziedzinie umysłowéj chorego dają się wykazać ważne zmiany. Zmiany te mają przeważnie cechę melancholicznego lub hypo-

chondrycznego ustroju, chory staje się apatyczny, małomowny, wśród rozmowy popada w płacz, rzadsze są stany pobudzenia z halucynacyjami. Brak woli i energii, napady trwogi, osłabienie pamięci, wreszcie ogólne osłabienie władz umysłowych mogą stanowić jedyne objawy nerwicy urazowéj. Dla tych przypadków nazwa psychozy urazowéj nie byłaby niestósowną.

Inne objawy snują się głównie około zaburzeń funkcyjonalnych w sferze czucia, ruchu, zmysłów, wreszcie narządu trawienia i krążenia. A więc *an- par- i hyperaesthesis* o mniéj lub więcéj ograniczoném polu, zwężenie pola widzenia, daltonizm, obniżenie bystrości słuchu, utrata całkowita lub częściowa smaku i węchu, zaburzenia w dziedzinie ruchu, zmiany troficzne, niestrawność nerwowa, przyspieszenie i pobudzenie akcyi serca składają się na obraz chorobowy, będący wierną kopiją hysteryi. Ztąd też Charcot nie zawahał się ochrzcić nerwice urazowe nazwą „hysteryi traumatycznéj", przeciw czemu neurologowie niemieccy słusznie założyli protest, wskazując raz na cielesny uraz jako moment etyjologiczny, a powtóre na fakt, że nerwice urazowe w przeciwieństwie do hysteryi często są nieuleczne.

Patogeneza nerwic uraz. dotychczas zupełnie ciemna, w każdym razie jednak przyjąć musimy, że w układzie centralnym nerwowym zaszły jakieś materyjalne zaburzenia, których natury nie znamy. Że jednak przestrach i gwałtowne wstrząśnienie psychiczne połączone z późniejszą troską o los swego życia i bytu nie są bez wpływu, nie da się zaprzeczyć. Z rokowaniem należy być ostrożnym, jak wspomniano choroba czasem jest nieuleczną. Leczenie podobne jak przy nerwicach ogólnych, a szczególny nacisk autor kładzie na leczenie psychiczne. Aby symulacyja była tak częstą, jak pospolicie przypuszczają, autor nie sądzi, w każdym razie przy pewnéj wprawie łatwo wykrytą lub wykluczoną być może.

Nerwice urazowe miejscowe występują po drobném często uszkodzeniu cielesném lub miejscowym urazie i ograniczają się do téj części ciała, która na uraz wystawiona została. Upadnięcie na kolano, uderzenie w ramię itp. pociąga za sobą przeczulicę lub bezczułość i zaburzenia w ruchu lub zboczenia troficzne odpowiedniego członka. Nerwice tego rodzaju snadniéj dadzą się, zdaniem autora, podciągnąć pod nazwę hysteryi, tutaj bowiem nie ma powodu przypuszczać jakich zmian materyjalnych w składzie nerwowym. Dobitniejszym jednak dowodem hysterycznéj natury miejscowych nerwic uraz. jest znacznie lepsze rokowanie aniżeli w nerwicach uraz. ogólnych, jakkolwiek choroba trwać może miesiące i lata i wszelkie środki lecznicze wraz z psychicznem leczeniem zawodzą. (*Berliner Klinik*, III Heft). *Dr. W. M.*

Chirurgija.

Multanowski: **Przypadek wysokiego cięcia kamienia z przecięciem krzyżowém pęcherza w obec kamienia znacznéj wielkości.**

Operacyi dokonano na 33 letnim, wynędzniałym mężczyznie wyglądającym jak starzec. Kamień wyjęty ważył około 545 gr., i można takowy zaliczyć do największych kamieni znajdowanych w pęcherzu moczowym. Dotychczas znanych jest 7 przypadków, w których kamień był takich samych rozmiarów lub nawet większym. Kamień ten rozwijał się u chorego w ciągu 27 lat; przez przeciąg lat 24 cierpiał bardzo mało, a nawet w ciągu tego czasu były długie okresy, wśród których nie czuł żadnych bólów, tak, że się ożenił i miał pięcioro dzieci. Przy operacyi przecięto powłoki brzuszne i tą drogą dostano się do pęcherza. Pęcherz rozcięto w kształcie krzyża: w kierunku podłużnym przecięcie zajmowało cały pęcherz poczynając się od wierzchołka i nie dochodząc zaledwie kilka milimetrów do ujścia cewki, w kierunku poprzecznym przecięto prawie całą przednią powierzchnię pęcherza. Można było spodziewać się, że po zniszczeniu tak znacznéj ilości włókien mięsnych pozostaną pewne zaburzenia w oddawaniu moczu. Tymczasem w ciągu 12 lat, które chory przeżył po operacyi (umarł na mocznicę), nie było żadnych zboczeń w oddawaniu moczu. Po operacyi autor podawał choremu wewnętrznie kwas będźwinowy i przypisuje temu środkowi ważny wpływ na przebieg całéj sprawy. (*Wracz* 1888, Nro 49). *A. W.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu tow. lek berlińskiego przedstawił Köhler chorego z **wyleczoną przepukliną płucową urazową**; chorego przejechała dorożka, następstwem tego urazu była przepuklina płucowa w okolicy 7go żebra w linii pachowéj przedniéj prawéj. Sam przypadek nie jest niezwykły, na uwagę jednak zasługuje to, że został wyleczony jedynie dla tego, że rozpoznano dokładnie, gdzie płuco zostało zranione i dla czego nie ma odmy piersiowéj, mimo że istniała odma skórna. Właśnie dla tego, że nie wystąpiła odma piersiowa mimo zranienia i wypadnięcia kawałka płuca, przypuścił K., że rana leży w samym kawałku wypadniętym. Nie odprowadzono też dla tego przepukliny, lecz uciśnięto ją tylko lekko i podparto za pomocą czystego ręcznika. Bramę przepuklinową można i dziś jeszcze wykazać. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 49).

(*H. K.*) Praktyczny sposób oczyszczania igieł w strzykawkach Pravaza podany jest w *Deut. med. Ztg.* Polega on na tém, że się igłę trzyma nad płomieniem, ciało obce, które się w niéj znajduje, a jest niém najczęściéj rdza, szybko z igły znika. Rozumie się samo przez się, że sposobu bardzo zachwalanego dobrze jest użyć w tych przypadkach, kiedy druta przez igłę przeprowadzić nie możemy. Dobry jest ten sam sposób i wtedy, gdy drut ugrzązł w igle i wydobyć go z powodu rdzy wytworzonéj nie można.

Ginekologija.

Prof. Fehling (Bazylea): **O ciąży powikłanéj guzami narządów miednicy.**

Rozwijanie się płodu w macicy nie sprzyja wzrostowi guzów w miednicy, mimo to zdarzają się od czasu do czasu przypadki ciąży i porodu powikłane guzami wychodzącemi albo z macicy saméj albo z jajników, pęcherza, odbytu itp. Na 17.832 porodów w klinice berlińskiéj zdarzyło się 20, w których istniały guzy jajnikowe, czyli 1 na 891 przypadków. Stosunek ten oznacza F. jako duży, a tłumaczy to tém, że do kliniki zjeżdżają się i z dalekich stron chore. W największéj liczbie przypadków zauważono szybki wzrost guza jajnikowego już istniejącego, jeżeli przyszło do rozwoju ciąży. Nakłucia pęcherza plodowego albo sztucznego poronienia nikt dziś w obec guza jajnikowego nie wykona, za to zyskało sobie już prawo obywatelstwa wykonanie owaryjotomii w przebiegu ciąży i mimo niéj, zalecana przez Spencer Welsa, Schrödera i Olshausena; na 86 przypadków mieli oni zaledwo 9·5% śmiertelności. Wprawdzie na 27 przypadków zaledwo w 17 ciąża daléj się rozwijała prawidłowo po operacyi, odsetka jednak ta powiększy się, jeżeli się będzie operowało u pierwiastek w późniejszych miesiącach ciąży. W jednym przypadku ciąży, powikłanym guzami obu jajników, widział się F. zmuszonym do wyłuszczenia obydwu jajników, naturalnie, że po zabiegu tym przyszło do wydalenia naturalnego jaja płodowego niedługo po operacyi. W obec torbiela wielokomorowego należy zdaniem F. tém prędzéj operować mimo ciąży, bo ta jakkolwiek jest stanem zupełnie fizyjologicznym, usposabia do ropienia. Na poród wpływają guzy bardzo niedobrze, 40% matek umiera. Rzadziéj niż guzy jajnika wikłają ciążę włókniaki wychodzące z miąższu macicy, jéj błony śluzowéj lub z pod powłoki otrzewnowéj. Na 17.000 przypadków z kliniki Schrödera napotkano 12 razy na włókniaki w przebiegu ciąży, 13 razy wikłające poród. Włókniaków nie musi się koniecznie wtedy operować, mimo szybkiego wzrostu, ulegają one po ukończeniu porodu przemianom wstecznym. Zupełnie inaczéj należy się zachować, jeśli ciążę wikła rak macicy, wzrost jego szybszy niż w zwykłych warunkach sprowadza też zawsze albo poronienie albo śmierć, zanim ciąża postąpiła. Jeśli rak ograniczony do trzonu a ciąża niedaleko posunięta, należy za Hofmeierem i Landauem wydalić z ustroju macicę razem z jajem płodowém. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 49).

Dr. Kraus.

Becker: **O wartości Dührssenowskiéj tamponady macicy po porodzie.**

Działanie tamponady w przypadkach krwotoku powstałego przez atoniję macicy jest dwojakie: popierwsze działa

ona wprost mechanicznie przeciw krwotokowi, a po drugie wywołuje skurcze macicy. Te skurcze utrzymują się ciągle, pomimo że macica się nie zmniejsza nie mogąc tamponu ze siebie wydalić. Zarzuty czynione Dührssenowi, jakoby tampony z gazy jodoformowéj mogły wywołać zatrucie jodoformem, jest niesłuszne, a ani Dührssen ani Becker nie widzieli podobnego zatrucia nigdy. Zresztą Dührssen nie upiera się bynajmniéj przy gazie jodoformowéj, chodzi mu bowiem tylko o to, ażeby istota użyta do wypełnienia macicy była antyseptyczną. Becker opisuje przypadek z własnéj praktyki, gdzie bezpośrednio po porodzie kleszczowym wystąpił bardzo silny krwotok. Gdy ani odklejenie łożyska ani zwykłe środki używane przeciw krwotokom nie skutkowały, przystąpił B. do Dührssenowskiéj tamponady gazą jodoformową, która natychmiast krwotok zatrzymała. Po 24 godzinach wyjął tampon, połóg miał przebieg niczem nie zakłócony. (*Berl. klin. Woch.*, 1889, Nr. 7). *A. R.*

Okulistyka.

Dr. Kacaurow: **O wypaproszeniu gałki ocznéj.**

Autor po wzmiance odnoszącéj się do literatury przedmiotu, podaje własny sposób postępowania przy wypaproszeniu gałki ocznéj, którego użył w sześciu przypadkach, a mianowicie 3 razy w zaniku gałki ocznéj i w trzech przypadkach rozległych pęknięć twardówki z wylaniem się ciałka szklanego. Po obmyciu twarzy i oczu chorego rozczynem sublimatu (1:5000) i wkropleniu do worka spojówkowego 5% rozczynu kokainu w wodzie sublimatowéj, przystępuje K. do zabiegu operacyjnego, który dzieli na 3 części. Najprzód wycina nożem zaćmowym Beera górny płat rogówki, dolną połowę téjże odcina nożyczkami krzywemi; powtóre rozpyla nad polem operacyjném 3% kwas karbolowy, który znieczula do pewnego stopnia, ujmuje szczypczykami brzeg twardówki, wprowadza łyżkę metalową pomiędzy twardówkę a naczyniówkę, i usuwa łyżką treść gałki. Ponieważ łyżka nie czyni tego dokładnie, przeto wyciera następnie wnętrze gałki odrobiną waty zmaczanéj w rozczynie sublimatu, wprowadza tampon z téj waty i dozwala choremu na chwilę odpocząć. Trzeci akt operacyi polega na wypaleniu termokauterem całéj wewnętrznéj powierzchni twardówki, przyczém termokauter oświeca dokładnie pochwę. Wypalenie takie zapobiega krwotokowi, niszczy pozostałe resztki siatkówki i naczyniówki a przebieg po operacyi bywa zwykle bezgnilny. Wypalenie zapobiega wreszcie bólom po operacyi. Jamę twardówkową zasypuje jodoformem, na powieki kładzie watę zamoczoną w rozczynie sublimatu, spojówki szwami nie łączy. Opatrunek zmienia po upływie trzech dni. Chory pozostaje po tym zabiegu zwykle przez 20 dni w szpitalu, a więc dłużéj niż po wyłuszczeniu gałki. (*Wracz* Nr. 48, 1888). *Dr. J. Talko.*

Choroby weneryczne.

J. A. Oppenheim: **Przypadek kiły układu nerwowego w postaci wiądu rdzenia pacierzowego.**

Autor przychyla się na stronę badaczy, którzy w etyjologii wiądu rdzenia pacierzowego kilę na honorowém umieszczają miejscu. Przekonał się jednak w opisanym przypadku, że u kiłowo zakażonych pod obrazem wiądu mogą się ukrywać wcale odmienne sprawy anatomiczne.

Chora 31 lat licząca zgłosiła się w r. 1885 po poradę lekarską z powodu silnych bólów i osłabienia w nogach. Ponieważ pokazało się, że w 1881 przebyła kiłę, zastosowano wcierania, po których przypady te wkrótce ustąpiły. W 2 miesiące późniéj powróciły jednak z większém jeszcze nasileniem a badanie choréj wykazało następujące objawy: kurczowe napady kaszlu, utrudnione połykanie, głos chrypliwy, obustronne opadnięcie powiek, zupełne porażenie prawego n. okoruchowego a częściowe lewego, porażenie prawego więzadła głosowego, porażenie częściowe m. kapturowego i prawéj części łuku podniebiennego, wymioty, tętno przyspieszone, obustronne objawy Westphala, objaw Romberga, zaburzenia w czuciu odnóg dolnych, bóle przeszywające, zaburzenia w unerwieniu pęcherza moczowego. Rozpoznano wiąd rdzenia, jednak z uwagi na częściowe porażenie łuku podniebiennego i *n. accessorius* z częściową reakcyją zwyrodnienia, postać nietypową. Wśród wcierań stan polepszył się, lecz już w pół roku późniéj wyliczone objawy dawne swe i w wzmożonéj sile zajęły miejsce, urągając powtórnie zastosowanemu leczeniu rtęcią.

W lutym 1887 miał autor znowu sposobność widzieć w zakładzie dla nieuleczonych umieszczoną chorą i zarazem obalić pierwotne swe rozpoznanie. Na miejscu bowiem pierwotnie stwierdzonych objawów Westphala wystąpiły wzmożone odruchy kolanowe i stopowe. Chora, która obok tego cierpiała na raka macicy, wśród objawów chéry rakowéj 2 kwiet. 1888 umarła. Sekcyja wykazała: W mózgu rozmiękłe ogniska w ciałku prążkowaném. W rdzeniu: opony w części piers. i lędźw. silnie zgrubiałe, pokryte masą szarawo słoninowatą tu i owdzie włóknistą, korzenie masą tą silnie uciśnięte o wejrzeniu szklistém. Badanie mikroskope wykazało *pachymeningitis interna chronica et arachnitis gummosa.* Rdzeń w części piersiowéj na obwodzie przekroju poprzecz. tkanką łączną i nowemi naczyniami przerośnięty. W części lędźwiowéj sznury tylne prawie nienaruszone. W naczyniach *end-et periarteriitis chronica.* W rdzeniu przedłużonym zanik wiązki odosobnionéj i tylnego jądra n. błędnego i językopołykowego, również n. okoruchowego i odwodzącego.

Na podstawie tych wyników autor skłania się do przypuszczeń, że obraz podobny do wiądu może wywołać kiła, nie sprowadzając właściwego zaniku sznurów tylnych, dalej że w przypadkach nietypowych wiądu ostrożnie należy rozpoznawać i oceniać podobne przypadki raczéj jako *pseudotabes lueticą.* (Przypadek ten dowodzi także, że daty statystyczne podające stosunek przebytéj kiły do wiądu rdzenia z wielką ostrożnością przyjmować należy. Przyp. sprawozd.). (*Berl. klin. Woch.* Nr. 53, 1888). *Dr. W. Momidłowski.*

Choroby umysłowe.

Docent L. Fürth (Wieden): **O leczeniu zboczeń umysłowych wieku dziecięcego.**

Mając na oku zapobieganie dziedziczeniu chorób umysłowych, powinien lekarz sprzeciwiać się związkom małżeńskim osób, umysłowo chorych. Szczególnéj opieki wymaga dziecko, pochodzące z rodziców neuropatycznych. Dziecię takie należy oddawać do karmienia nie matce choréj, lecz cielesnie i umysłowo zdrowéj mamce; należy wzbronić przebywania w pokoju zbyt ciepłym, używania zbyt ciepłego ubrania, gorących kąpieli, natomiast poleca się przebywanie częste na świeżém powietrzu, gimnastykę, wycierania zimne codzienne, dyjetę posilną a nie rozgrzewającą. W wychowaniu trzeba trzymać się drogi środkowéj, tj. unikać zbytniéj surowości, ale téż i nie być zbyt pobłażliwym. Dzieci takie powinno się późno do szkoły posyłać, nie obciążać ich umysłu zbytnią pracą umysłową, w późniejszym zaś wieku wybierać potrzeba dla nich zajęcie techniczne lub wiejskie, jak rolnictwo, ogrodnictwo. Aby uniknąć zgubnego wpływu chorych rodziców, należy dzieci usunąć z domu rodzicielskiego. Choroby konstytucyjonalne, jak krzywicę, zołzy, gruźlicę, kiłę należy leczyć odpowiedniemi środkami. Gdyby mimo tych ostrożności choroba umysłowa wybuchła, to należy stósować leczenie, uwzględniające etyjologiję choroby: w niedokrewności dyjeta posilna, żelazo, chinina; w obec pasorzytów jelitowych i zaparcia stolca środki czyszczące. W pomieszaniu szałowém lub zadumie wskazane są kąpiele letnie lub zawijania Priessniza; często trzeba uciec się do wodnika chloralu, bromku potasu, a u dzieci starszych używać można makowca, morfinu, peraldehydu. (*Internat. klin. Rundschau* 1888, Nr. 32). *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

(*H. K.*) Prof. Virchow nawięzując do **przypadku otrucia sinianem rtęciowym** rozbiera zmiany anatomiczne, jakie się znajdują po otruciach rtęcią. Zmiany w jelicie grubém są stale te same, a mianowicie zmiany dyfterytyczne przypominające zupełnie czerwonkę. Objawem odróżniającym mają być złogi soli wapniowych, jakie się w cewkach nerek znajdują. Rzeczywiście znalazł je już nieraz sam Virchow, stale się ich jednak nie napotyka. Od wieków już panuje zdanie, że rtęć niszczy kości, dla tego to bardzo często chorzy, którym się przetwory rtęciowe podaje, czynią w tym kierunku pytania; Virchow jest skłonny

przyznać laikom pod tym względem słuszność, nietylko podczas dłuższego zażywania rtęci ale także i w przebiegu ostrego zatrucia tym samym metalem. Tém tylko dają się wytłumaczyć złogi soli wapniowych w kanalikach nerek, które pochodzą od rozpuszczonych przez rtęć kości. *(Berl. klin. Woch.*, 1888).

IV. O dziedziczności obłąkania.

Przez
Dra Józefa Rollego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Jednocześnie z tém i w sferze umysłowéj wolnéj od choroby zupełnie, albo nie opanowanéj jeszcze przez tę ostatnią, spotęgowanie odnośnych zdolności postrzegać się daje; mózg tu widocznie pracuje energiczniéj, produkuje więcéj pod wpływem sztucznego podniecenia, większą oporność przedstawia, nie tak się łatwo zużytkowuje, i tem się właśnie różnią spadkobiercy owych dwóch grup, od potomków z pokrewnych rodziców zrodzonych.

Wspomnieliśmy o odporności, i istotnie, opilcy 'częstokroć długo nie poddają się rujnującym wpływom alkoholu. Żywych dowodów każdy z nas odgrzebać nie mało może w własnéj pamięci, ograniczymy się tylko wydatniejszemi. Znałem historyka, autora nielicznych ale gruntownych studyjów, posiadającego wielkie zachowanie u kolegów po piórze, który w ciągu lat trzydziestu upijał się codziennie prawie, dziedzicznością zwrotną dotknięty, w chwilach wolnych od zupełnego odurzenia pracował wytrwale, pisał dużo, prowadził rozległą korespondencyję naukową; upijanie się to uważał za konieczność, za rzecz prawidłową, powszednią, to téż od czasu do czasu rzucał pióro i raczył się alkoholem przez dwa i więcéj tygodnie, od rana do wieczora i od wieczora do rana; wówczas zrywał stosunki z całym światem, przedzierzgał się z opilcy w dipsomana. A zawsze odczuwał zbliżenie się téj chwili, na listy odpowiadał krótko: proszę o cierpliwość, bo teraz mam zamiar się upijać. Po przejściu paroksyzmu, dawny porządek powracał, i tak do zgonu. Rodzina jego nieliczna smutnym uległa następstwom, prawda, że z hysteryczką związał swoje losy: jedyny syn, także opilca, ograniczonych umysłowych zdolności, ożenił się z kobietą z półświatka szynkowego, stracił znaczny majątek, został posługaczem w jednym z podejrzanych hotelików, wreszcie porzucił i żonę i dzieci z nią spłodzone, i obecnie przy boku jednego z władców indyjskich, kędyś nad brzegami Gangesu, pełni funkcyje nadwornego magika, zachwyca hurysy haremowe rozmaitemi figlami. Siostra jego, a córka owego historyka, panna, także upośledzona od dziecięctwa pod względem umysłowym, dotknięta obłędem włóczęgostwa (*mania errabunda*), wynikłym w skutek obłędu prześladowczego (*manie de persecution*), ulega często omamom i złudzeniom zmysłowym. Inny znowu, posiadacz skromnego kawałka ziemi, z opilcy i histeryczki zrodzony, jednak, we wczesnéj bardzo młodości osierocony, odziedziczył po rodzicach zagmatwane interesa, zagrożony ruiną wziął się energicznie do pracy, wyrzekł się wszelkich uciech i przyjemności właściwych wiekowi, odsunął od świata, po dwudziestu latach usiłowań i zabiegów nietylko się ostał na ojcowiznie, ale się dorobił stosunkowo wielkiéj fortuny, do czego mu pomogła zręczna gra na giełdach, prowadzona ze skromnego zakątka wiejskiego, z kolei więc i gospodarstwa rolnego doglądał i pracował na polu finansowém, jednocześnie wszakże obok tych usiłowań skierowanych ku pomnożeniu majątku, rozwinęło się i do trunku zamiłowanie, upijał się lat kilkanaście, ożenił się, został ojcem, wpłynąć to miało na poskromienie nałogu, kiedy naraz zgon żony sprowadził umysłowy upadek; po paroksyzmie białéj gorączki (*delirium tremens*) nastąpiło obłąkanie opilcze (*vesania ebriosa*), ruchome porażenie na gruncie swoistym *(pseudoparalysis alcoholica)* i otępienie umysłowe. A ówże niedawno zmarły, wcale nie pośledniéj miary poeta, dotknięty także dziedzicznością krzyżową, (matka jego uległa nałogowi), brat starszy poety, jeszcze na ławie akademickiéj, młodzieniaszkiem, nie był w stanie walczyć z namiętnością chorobliwą, poddał się téż jéj... on sam najpiękniejsze poemata wyrzeźbił w szale podniecenia alkoholicznego, kieliszek wina koniecznym mu był do stworzenia pieśni płomiennéj, ponuréj, wykutéj z marmuru i zimnéj i jak marmur nieubłaganie twardéj, groza nie miłość w tych pieśniach szalała, z poza cudnie, koronkowo urobionych okresów wyglądał uśmiech satyra, jęk potępieńca, niebo zawieszone chmurami, grzmoty i burzę zapowiadającemi. Był to już wówczas wytwór chorobliwych usposobień, komórki mózgowe, przesiąknięte trującym alkoholem, podniecane, zdolne były tylko ponure obrazy układać. Z czasem sprawa patologiczna górę brać za częła, a bez chleba powszedniego żyć nie można, więc wieszcz przedzierzgnął się w wyrobnika, układał prozą wspomnienia, z temi szło jeszcze jako tako, wrażenia, które w nich opisywał, leżały po za epoką opilczą, dotyczyły dziecięctwa autora, więc pamięć o nich spoczywała w dolnych warstwach mózgowych, jeszcze nie uległych zwyrodnieniu poczynającemu się od peryferyi. Nadeszła potem potrzeba twórczości, zawsze dla chleba, pisarz zrozumiał, że pięknością formy nie dogodzi smakowi czytelników, bo już na tę piękność zdobyć się nie potrafi, więc się przerzucił na drogę „skandalu“, chorobliwe typy „pornograficznéj“ powieści francuskiéj przeszczepił na grunt swojski i stworzył jakąś paskudną społeczność godną chyba pióra matoida — grafomana... do téj téż kategoryi zaliczamy ostatnią, pośmiertną produkcyję biednego pieśniarza... A jest to jednak osobnik godny studyjów psychologiczno-patologicznych, przy pośrednictwie pobieżnéj nawet biografii, z dokładnością niemal matematyczną, powołując się na jego utwory, można oznaczyć szlaki, po których duch wieszczy kroczył, od słońc i gwiazd niebieskich do ziemskiego błota.... Mimowoli przekroczyliśmy granice treściwego sprawozdania, ale fakt się nam wydał zbyt niepowszednim, byśmy go mieli pominąć milczeniem.

Jeżeli dziedziczność jest prawem, to z drugiéj strony niepodobna zaprzeczyć, że prawo to ulega zmianom przy pewnych sprzyjających warunkach i to z m i a n o m p o m y ś l n y m. „Rasa może się poprawić, powiada Doutrebente, przez wprowadzenie zdrowego pierwiastka“, to jest siła wrodzonego usposobienia do chorób umysłowych i w ogóle cierpień nerwowych traci natężenie w skutek małżeństw zawieranych z osobnikami wolnemi od tego smutnego spadkobierstwa. Ribot zaś dodaje, że siła owa nietylko zmniejszyć się może, ale zupełnie osłabnąć, zniknąć pod wpływem warunków spowodowanych należytém wychowaniem, to bowiem ostatnie jest według niego najpotężniejszym współzawodnikiem dziedziczności psychopatycznéj. Haeckel przeciwdziałanie owo rozklasyfikował pod ogólnym tytułem „praw przystósowania“ i sprowadził do odżywienia pojętego w najszerszém znaczeniu [1]). Pocieszające owe wywody znajdują potwierdzenie i w historyi niektórych naszych rodzin. A pod tym względem może pierwsze miejsce zajmuje pewne gniazdo książęce, którego drzewo genealogiczne, stwierdzone dokumentami nie ulegającemi zaprzeczeniu, liczy przeszło półpięta wieku. Kiedy w niém utrwaliło się obłąkanie dziedziczne, powiedzieć niepodobna, dość że objawy zboczeń umysłowych występowały i często i oddawna, przeważnie nosiły one charakter form wtórnych a nawet krańcowych. Z tego niechybnie powodu ród ten nie mógł wywalczyć sobie wybitniejszego stanowiska, wydał bowiem ledwie dwóch albo trzech senatorów podrzędniejszych, kilku dygnitarzy duchownych słynnych z pobożności i uporu, piśmiennictwa nie bogacił, obywateli uczciwych, nawet bitnych cały legijon, ale téż na tém koniec, wszyscy tradycyjonalnie odznaczali się brakiem zdolności, stępienie umysłu było pośród nich powszedniém zjawiskiem. Ród ów, na przestrzeni 450 lat, liczył 190 potomków płci obojéj (130 m. i 60 k.), więc się i zbytnią nie odznaczał płodnością, łączył się z trzema innemi rodami, w których dziedziczność psychijatryczną stwierdzono, i to łączył 11 razy, związków między krewnymi doliczyliśmy się 10 razy. Poza tém wszystkiém szczęśliwie się dla niego stało, że choć mitrą przyozdobiony, nie przedstawiał ponętnych warunków, więc żon przeważnie szukał w miernym stanie, jak znowu kobiety uszczęśliwiały drobiazg szlachecki, nie-

[1]) Ribot L. C. 211.

tknięty jeszcze chorobą, silny i zdrowy; owo więc umiejętne choć nie samowiedne krzyżowanie rasy, owo wprowadzenie pierwiastków prawidłowo rozwiniętych, uchroniło go od zagłady, wytworzyło cały szereg ustrojów wolnych od choroby, tak dalece, że kiedy jeszcze przed dziesięciu laty odsetek zboczeń umysłowych w tym rodzie do 30% dochodził, dziś spadł on do cyfry nieznacznéj, wrodzone usposobienie do obłąkania osłabło, miejsce jego zajęły najrozmaitsze cierpienia nerwowe, zbytnia wrażliwość, trochę dziwactwa, ale idyjotów już doszukać się nie można, upośledzonych umysłowo także, nie orły to wprawdzie jeszcze, ale już nie obłąkańcy.

W tablicach genealogicznych znajdujemy także podobnych kilka przypadków słabnącéj dziedziczności psychijatrycznéj, w skutek szczęśliwego dodatniego współzawodnictwa i pomyślnego krzyżowania rasy. Na jednym wszakże wybitniejszym zatrzymamy uwagę czytelnika. Dotyczy on rodziny od dwóch wieków znanéj, z siedmiu składającéj się pokoleń. Protoplasta, gwałtownik i opilca, dziedziczności ubocznéj zaprzeczyć niepodobna w zstępujących konarach, gdyż rodzona siostra jego uległa obłąkaniu i dała początek gniazdu, w którém do dzisiaj rzeczona sprawa patologiczna wybiera nieustanne ofiary. Ale wróćmy do protoplasty: szczęśliwy w przysparzaniu fortuny, z bogactwy przekazał wrodzone do zboczeń umysłowych usposobienie, które w sześciu jego potomkach w następujący zamanifestowało się sposób.

Syn najstarszego spadkobiercy, a wnuk protoplasty uległ obłąkaniu, urzędownie nawet był za nieprawosposobnego uznany, i kuratelą zabezpieczony. Z prawnuków jeden umarł w skutek udaru mózgowego, inny psychopata, jeszcze inny dotknięty porażeniem postępowém (*Paralysis progrediens*), w rychle życie zakończył. Następujące dwa pokolenia zupełnie zdrowe, nawet nerwowym nie ulegają przypadłościom.

Przechodzimy do drugiego spadkobiercy, i tu się choroba objawia na wnuku (dziedziczność pośrednia opilcza), który był opilcą, z czterech synów tego ostatniego, a prawnuków protoplasty, jeden opilca powszedni, drugi opilca szaleniec, z jedenastu praprawnuków jeden już tylko matoidgrafoman, inni zdrowi, jak i potomstwo z nich zrodzone. Trzeci spadkobierca, uchronił się od smutnéj dziedziczności, w linii téj zboczeń umysłowych niespotykamy, choć pięć pokoleń obejmuje ona. Jedyny syn czwartego spadkobiercy odebrał sobie życie, matka jego pochodziła z rodziny psychiatrycznéj, na nim konar uwiędł zupełnie. Jeden z dwóch synów piątego spadkobiercy, a wnuków protoplasty, zbrodniarz szaleniec, prawnuk umarł w skutek udaru mózgowego, praprawnuk neurastenik; reszta potomstwa cieszy się zdrowiem.

Przechodzimy do szóstego spadkobiercy, i tu dziedziczność podwójna przyczyniła się tak do zaostrzenia form, jak i do częstości zboczeń umysłowych. Z siedmiu wnuków protoplasty (3 synów i 4 córki) dwóch dotkniętych szałem okresowym *(mania periodica)*, skończyło samobójstwem; dwóch prawnuków także w téjże postaci chorobie uległo, ale w słabszym znacznie stopniu. Inne osobniki prawidłowo pod względem umysłowym rozwinięte.

Zsumujmy wyżéj podane przypadki. I tak: Pierwsze pokolenie reprezentuje protoplasta opilca z uboczną dziedzicznością dla zstępujących. Drugie jeden tylko przypadek obłąkania obejmuje. Trzecie potator neuropatyk, dwa razy szał okresowy, trzy samobójstwa, jedna zbrodnia dokonana przez chorego na umyśle osobnika. Czwarte opilca, opilca szaleniec, jedno *paralysis progrediens*, dwie słabe formy szaleństwa okresowego. Piąte jeden matoid grafoman, jedno osłabienie nerwowe (neurastenik). Szóste i siódme już zdrowe zupełnie. Na wszystkie razem składa się 108 osób (58 m. 50 k.), małżeństw 40, z nich w dwóch przypadkach trzy razy powtórzony Sakrament, w pięciu, dwa razy. Związków między pokrewnymi dwa, z osobami dotkniętemi dziedzicznością psychiatryczną trzy.

Wyraźnie więc dostrzegamy dźwigania się rodu; szczęśliwy dobór rasowy, stosowne wychowanie, wpłynęły tu dodatnio. Poprawa nieodrazu jednak występuje, formy nieuleczne, wtórne, krańcowe, dają miejsce innym pierwotnym, z przebiegiem łagodnym, słabszym pod wpływem odpowiedniego traktowania. Cały rój najrozmaitszych nerwic mózgowo-rdzeniowych, opuszko-rdzeniowych, coraz rzadziéj napastuje ustrój. Miejsce ustalonych form obłąkania zajmują słabe przejawy zwyrodnień umysłowych, jako to obłąkanie prześladowcze, pieniactwo obłędne, niekiedy obłąkanie moralne (moral insanity), samodzielne skażenie pociągów płciowych, patofobia Kowalewskiego [1], i t. d. W końcu idą już tylko dziwactwa, jak roztargnienie, robienie z dnia nocy, oryginalność czy to w stroju czyli też w postępowaniu. Są one jakby ostatnim przejawem spadkobierstwa psychiatrycznego, nowe pokolenie zwykle od nich już bywa wolném. I te właśnie zmiany postrzegane w kilku naszych genealogiach patologicznych zapisujemy tu z wielką pociechą.

Skończyłem. Wniosków z méj pracy nie wyprowadzam, do torowania dróg nowych nie mam pretensyi, chyba drogę utartą gdzie indziéj zastosowuję do badań na swojskim poczynionych gruncie, a przypuszczam, że praca ma tę przynajmniéj drobną wartość, że jest trzydziestoletnich studyjów owocem.

Z III Zjazdu lekarzy rosyjskich w Petersburgu.

Trzeci Zjazd lekarzy rosyjskich, o którego otwarciu poprzedniośmy donosili, ukończył swoje czynności. Zjazd trwał od 3 do 10 stycznia st. st. przy bardzo licznym współudziale lekarzy (koło 1650) i efektowném urządzeniu. Jako jedyny zarzut podnoszą to, że komitet Zjazdu przypuścił do odczytania wiele prac nie kwalifikujących się wcale do tego i zabierających wiele czasu na próżno. Najciekawsze odczyty podajemy w streszczeniu.

Sekcyja patologii ogólnéj.

Prof. Anrep podał, iż udało mu się z mózgu i rdzenia przedłużonego królików, które zginęły na ostrą formę wścieklizny, otrzymać sposobem Briegera ptomain, posiadający własności nadzwyczaj trujące. Ptomain ten jest ciałem dobrze krystalizującém o stałym składzie chemicznym. Ze 120 mózgów króliczych otrzymał autor koło 0,065grm. tego ptomainu. Małe ilości tegoż wstrzyknięte pod skórę królikom wywołują objawy właściwe początkowym okresom gwałtownéj formy wścieklizny. Większe zaś ilości (pół miligrama i więcéj) wywołują objawy późniejsze i wreszcie śmierć. Przyzwyczajanie zwierząt do małych ilości téj trucizny nadaje im pewną odporność względem niéj. W końcu zwrócił autor uwagę na znaczenie takich ptomainów dla objaśnienia działania szczepień Pasteurowskich, a także na konieczność badania w celach leczniczych antagonizmu między rozmaitemi ptomainami.

Prof. Podwysocki podał swoje badania nad wzrostem niektórych raków i mięsaków. W nowotworach złośliwych obserwował on dużo figur dzielenia się komórek, czego w nowotworach nie posiadających złośliwego charakteru nie było. Na podstawie tego przypuszcza autor możebność odróżnienia, czy dany nowotwór jest złośliwym, czy też nie. Przytém znajdują się w rakach figury dzielenia się zawsze w częściach obwodowych słupków rakowych.

Prof. Podwysocki opisał „wyniki obserwacyj nad patologiją jądra komórkowego“. W ciężkich przypadkach marskości wątroby i cukromoczu obserwował zwyrodnienie jameczkowate jąder komórek wątrobowych i zwyrodnienie koloidowe jąderek. Proces ten należy podług autora odróżnić od t. zw. puchliny jąder i od kokcydyj, znajdujących się czasem w komórkach wątrobowych. Daléj obserwował w pewnych procesach degeneracyjnych, toczących się w rozmaitych tkankach, rozkład chromatyny jądra na nieregularne grudki (chromatoliza), które następnie przechodziły do pierwoszcza komórki. Ze względu na podobieństwo reakcyj mikroskopowych chromatyny i eleidyny przypuszcza, że ostatnia powstaje z pierwszéj drogą chromatolizy. Wreszcie obserwował w ostatnich czasach bezpośrednie dzielenie się jąder w wielu tkankach, jakotéż niecałkowitą karyomitozę, tak że

---

[1]) Psichiatrya. Kurs czytannyj w 1885. S. 223.

jądro zacząwszy dzielić się drogą karyomitozy w końcu rozdzielało się za pomocą pączkowania lub też przewężania. Badania swoje wykonał na tkankach wziętych z trupa w 5—10 minut po śmierci.

Podsekcyja chorób zakaźnych

Dr. Czerniajew. „Przyczynek do kwestyi zmian morfologicznych przesmyku gardła w płonicy i błonicy". Autor starał się rozstrzygnąć kwestyję tożsamości zapalenia gardła płonicowo-błonicowego i czysto błonicowego na podstawie 1) etyjologii, 2) przebiegu klinicznego i 3) zmian morfologicznych w narządach. Etyjologija nie daje żadnych wskazówek, ponieważ jad błonicowy dotychczas nie jest jeszcze dokładnie zbadanym. Różnice w przebiegu klinicznym są następujące: 1) Zapalenie gardła płonicowo błonicowe zjawia się zwykle na 3—5 dzień płonicy, co daje prawo zaliczyć je do objawów ogólnego zakażenia 2) Najwięcej towarzyszy ciężkiemu przebiegowi płonicy i ciężkie zapalenie gardła (związek genetyczny). 3) Zapalenie płonicowo-błonicowe pomija krtań, a gnieździ się zazwyczaj w choanach i nosie, gdy tymczasem błonicowe najczęściej w krtani. 4) Gruczoły obrzękłe w zapaleniu płonicowém ropieją często, w błonicowém zaś rzadko. 2) W zapaleniu płonicowém nie ma porażeń, w błonicowém zaś występują one bardzo często. Badania mikroskopowe, wykonane na częściach chorych wziętych z osób leczonych jednakowo, dały następujące wyniki: 1) W zapaleniu płonicowém gardła przedstawiają się części obumarłe złożonemi z masy drobnoziarnistéj, w błonicowém zaś tworzą te części charakterystyczną siatkę szklistą. 2) W zapaleniu płonicowém zajętą jest tkanka podstawowa na znacznéj przestrzeni przez zapalenie naczyniowo-granulacyjne, w błonicy zaś ulega tkanka podstawowa nekrozie koagulacyjnéj, a proces zapalny jest zjawiskiem wtórorzędném i nie wszędzie występuje. 3) W płonicy przedstawiają naczynia krwionośne zwykły obraz zapalenia, w błonicy zaś są one szklisto zwyrodniałe. 4) Przybłonek w płonicy ulega przeobrażeniu wstecznemu, w błonicy obok ognisk obumarłych znajduje się czasem ognisko, gdzie on zostaje zupełnie nie zmienionym i 5) w płonicy przedstawia się proces chorobowy więcéj rozlanym, w błonicy więcéj ogniskowym.

Sekcyja chorób skórnych i wenerycznych.

Dr. Borowski. „O wpływie kąpieli na wydzielanie rtęci." Autor stosował w swoich badaniach ciepłe sztuczne kąpiele siarczane i powietrzne i przyszedł do następujących wniosków. Kąpiele nietylko zwiększają wydalanie rtęci z moczem, lecz mogą nawet zupełnie uwolnić od niéj organizm. W razie ustania wydzielania się rtęci można je znowu wywołać za pomocą kąpieli. Zatrucie rtęciowe ustępuje pod wpływem kąpieli bardzo szybko. Wahania w temperaturze kąpieli wywołują odpowiednie wahania w wydalaniu rtęci. Ogólny stan chorego polepsza się pod wpływem kąpieli.

Sekcyja chorób wewnętrznych.

Doc. pryw. Dochman. „Przyczynek do nauki o żółci i do teoryi tworzenia się kamieni żółciowych. Autor podwiązywał zwierzętom przewód żółciowy i po pewnym czasie badał żółć z pęcherzyka żółciowego. Rozbiór wykazał zwiększenie się ilości połączeń wapniu i zmniejszenie się połączeń sodu. W skutek tego tworzą się nierozpuszczalne połączenia wapniu i ten jeden fakt wystarcza podług autora do tworzenia się kamieni żółciowych nawet bez nieżytowych zmian ścianek pęcherza. W organizmie ludzkim przyjmowanie pokarmów w dłuższych odstępach czasu wywołuje podobny zastój żółci w pęcherzyku żółciowym i tworzenie się kamieni żółciowych. Leczenie więc w takich razach powinno polegać na częstszém przyjmowaniu pokarmów i dostarczaniu organizmowi soli sodowych.

Drowie Jagodiński i Nieczajew. „Kąpiele ciepłe w leczeniu zapalenia włóknikowego płuc". Autorowie zauważyli częstą komplikacyję téj z choroby zapaleniem chronicznem nerek. I tak na 149 przypadków z zapalenia płuc było 85 przypadków zapalenia chronicznego nerek a 25 ostrego. Na téj podstawie autorowie zaczęli leczyć swoich chorych jako chorych na nerki, i obok środków pobudzających i sercowych stosowali jeszcze i ciepłe kąpiele. W ten sposób leczyli oni 87 chorych, z których umarło 17, tj. 19,7%. Odjąwszy od tego 8 chorych, którzy posiadali rozmaite ciężkie powikłania, otrzyma się 10,34% śmiertelności. Na podstawie téj przychodzą autorowie do wniosku, że kąpiele ciepłe są bardzo korzystne w zapaleniu płuc włóknikowém, a przeważnie w wieku starszym.

Prof. Dehio. „O przyczynach szmeru pęcherzykowego". Przygotowawszy za pomocą przestrzykiwania gliceryną tętnicy płucnéj takie płuca, które i w stanie suchym nie tracą swéj sprężystości, tj. po rozdęciu opadają znowu, zrobił autor kilka doświadczeń, które zbijają obecnie rozpowszechnione zdanie, że szmer pęcherzykowy jest zmodyfikowanym przez płuca szmerem oskrzelowym. Jeżeli mianowicie do oskrzeli z płuc powyższym sposobem przygotowanych wkłada się kawałek waty, który nie przepuszcza szmeru oskrzelowego, to można, nadymając takie płuca, wyraźnie słyszeć szmer pęcherzykowy. Również jeżeli słabo rozedmie się płuca i po zatkaniu otworu krtaniowego ostrożnie ściska miąższ płucny, można także słyszeć szmer pęcherzykowy. Na podstawie tych doświadczeń przypuszcza autor, że powietrze przechodząc przez lejki płucne tworzy masę wirów, które zlewając się dają t. zw. szmer pęcherzykowy.

Doc. pryw. Sokołow. „Zaraźliwość zapalenia płuc włóknikowego". Na podstawie licznych doświadczeń dokonanych w szpitalu przyszedł autor do wniosku, że zapalenie to jest zaraźliwém. Szczególne usposobienie do takiego zarażenia wykazują chorzy na dur brzuszny, i w tym razie śmiertelność pośród nich podnosi się do 66%. Autor sądzi z tego powodu, że w szpitalach powinien istnieć osobny oddział dla chorych na zapalenie włóknikowe płuc (D. n.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Ziemssen: **Przyczynek do znajomości duru brzusznego.**

Dwudziestoletnim usilnym staraniom gminy miasta Monachijum, która świadoma wielkiego swojego zadania społecznego nie szczędziła trudów i kosztów, udało się w końcu zmniejszyć znacznie liczbę przypadków duru brzusznego w mieście. Pettenkofer, który obok Erharda ma niezaprzeczenie największą pod tym względem zasługę, zestawia w pracy statystycznéj przypadki duru, które się zakończyły śmiercią. Ziemssen uzupełnia pracę Pettenkofera, podając statystykę przypadków duru, spostrzeganych w szpitalu pomiędzy rokiem 1866 a 1888, ponieważ zaś, jak z badań statystycznych wynika, mniéj lub więcéj trzecia część chorych na dur w mieście przychodzi do szpitala, przeto Ziemssen z ilości przypadków duru w szpitalu wnosi o ilości chorych w całém mieście. Cyfry, które autor podaje, są nader ciekawe. I tak, pomiędzy rokiem 1866 a 1880 włącznie leczono w szpitalu 8932 durowych, na jeden rok przypada więc średnio 595 chorych; między rokiem 1881 a 1888 włącznie leczono tylko 831 chorych, czyli 104 rocznie. Już te same cyfry dowodziłyby, że zdrowotność miasta poprawiła się znacznie w ostatnim czasie; ale wystąpi to jeszcze wybitniéj, jeżeli się uwzględni, że Monachijum liczyło w 1866 152.000 mieszkańców a w roku 1888 278,000. Z tego nie trudno obliczyć liczbę przypadków duru leczonego w szpitalu na 1000 mieszkańców miasta. Z obliczeń tych wynika, że pomiędzy rokiem 1866 a 1888 leczono w szpitalu na dur 3·32 *pro mille*, a w ostatnich ośmiu latach 0·42 *pro mille*. Cyfry te zgadzają się w zupełności z cyframi śmiertelności w całém mieście i tak w okresie między rokiem 1866 a 1880 była śmiertelność z duru 1·15 *pro mille* a w ostatnich latach 0·16 *pro mille*. W pierwszym okresie umarło w Monachijum na dur 3118 mieszkańców czyli rocznie 40 osób a w roku 1887 tylko 28. A ileż to miast o 50.000, w których roczna śmiertelność jest większą niż w Monachijum liczącém 278.000 mieszkańców. To zmniejszenie liczby przypadków duru brzusznego ma wielką doniosłość społeczną, bo chorujący robotnik nie pracuje a nie pracujący nie zarabia, owszem traci. Jeżeli się więc uwzględni, że w ostatniém ośmioleciu zapada o 491 robotników mniéj niż pierwéj na dur, a że strata zarobku i koszta leczenia wynoszą razem pięć marek dziennie, a dni choroby jest 50, to łatwo obliczyć, że klasa robocza zyskuje przez to poprawienie zdrowotności miasta rocznie 368,250 marek, czyli zyskała w ostatniém ośmioleciu 2,946.000 marek-

Powodem téj widocznéj poprawy jest staranie się o czystość gruntu. Okolice miasta dobrze kanalizowane są obecnie niemal wolne od duru, choć przyznać wypada, że jeszcze przez kilka lat po zaprowadzeniu kanalizacyi zarazek durowy w gruncie się utrzymuje. Że takie poprawienie zdrowotności miasta przez czyste utrzymywanie gruntu, dobrą kanalizacyję i wodociągi utrudni w wysokim stopniu a może i uniemożebni rozwój cholery, jest rzeczą bardzo prawdopodobną. (*Wien. med. Blätter*, 1889, Nr. 6).

A. R.

† Niemcy. W Monachijum urządzono w r. 1886 bezpłatne ślizgawki dla uczniów niektórych szkół. Rezultat higijeniczny okazał się tak świetnym, że już w następnym roku urządzono ślizgawki kosztem miasta dla uczniów wszystkich szkół bez wyjątku i chociaż ani miasto, ani szkoły nie biorą odpowiedzialności za możliwe nieszczęśliwe przypadki, to jednak przypadków takich dotąd nie było.

† Anglija. W Manchester srożyła się w początku zeszłego roku ospa. Godnym uwagi jest fakt, że dzieci żydowskie były niemal zupełnie wolne od epidemii. Przyczyna leży w troskliwości, z jaką żydzi szczepili ospę swym dzieciom i w powtórném szczepieniu u dorosłych.

Nagrodę Astleya Coopera przeznaczono za opracowanie tematu: „O wpływie mikroorganizmów na zapalenia". Prace w języku angielskim należy nadsyłać pod odpowiedniemi dewizami do Guys-Hospital w Londynie do 1 stycznia 1892 r. Bliższych informacyj udziela dyrektor wymienionego szpitala.

† Rosyja. Dzięki staraniom miejscowych i wyższych władz wojskowo-lekarskich ma być otwartą w Kazaniu klinika propedeutyczna dla słuchaczy V i VI kursu pod przewodnictwem prof. Zasieckiego. Projekt świetny w pomyśle, dzięki staraniom rektora i całego uniwersytetu, zapewne wkrótce zrealizowanym zostanie. Rzecz czeka na razie tylko orzeczenia ministeryjalnego, które spodziewać się należy będzie przychylném.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego przewodniczący przedłożył Towarzystwu lek. wynik narad komitetu nad sprawą dedykacyi książki p. Czyńskiego: Towarzystwo na to postępowanie zgodziło się. Następnie zdał sprawę kol. Grabowski z administracyi Przeglądu Lekarskiego. Do komisyi kontrolującéj obrano koll. Cybulskiego i Schaittera. Poczém kol. Krokiewicz przedstawił dwa preparata anatomiczne, a mianowicie jelita dotknięte zapaleniem otrzewny z następowemi zrostami wywołującemi zagięcie i załamanie jelita cienkiego, oraz preparat ciąży pozamacicznéj. W dyskusyi wzięli udział koll. Madurowicz, Gluziński, przewodniczący, Browicz, Mars i prelegent. Z kolei nastąpiła dyskusyja nad wykładem kol. Gluzińskiego, mianym na ostatniém posiedzeniu, w któréj wzięli udział koll. Rosner, Gross, Filipkiewicz, Sroczyński, Korczyński, Zarewicz, a dalszą dyskusyję nader ożywioną odłożono do przyszłego posiedzenia. Kol. Korczyński przedstawił kakao, wyrabiany w fabryce czekolady p. Tretera we Lwowie, a o połowę tańszy niż Van Houtena. W końcu kol. Browicz miał wykład zapowiedziany, połączony z demonstracyją.

* Otrzymaliśmy odezwę „Towarzystwa opieki zdrowia w Krakowie", podpisaną przez docenta Dra Jordana i dyrektora Gettlicha. W odezwie téj wykazano wymownie potrzebę takiego Towarzystwa, którego założyciele uzyskali już potwierdzenie statutu przez Namiestnictwo i jako Wydział Towarzystwa rozpoczną działanie statutem określone. Do Wydziału tego należą z lekarzy koll. Jordan, Browicz, Pieniążek, Cybulski, Buszek, Murdzieński, Grabowski i Paszkowski. Zapisywać się można do Towarzystwa bądź listownie pod adresem: „Towarzystwo opieki zdrowia w Krakowie", bądź też za pośrednictwem uproszonych do tego delegatów. Listy z pieniędzmi przyjmuje skarbnik Tow. prof. Dr. Przemysław Pieniążek (Kraków, ul. Bracka, 10). Na podstawie § 6 statutu członkiem stałym Tow. jest, kto złoży jednorazowo 50 zł. a. na cele Tow., członkiem zwyczajnym może być każda osoba bez różnicy płci, która oświadczy gotowość przystąpienia do Tow. i pełnienia obowiązków statutem przepisanych, a która (§ 8) opłaca corocznie 2 złr. na raz lub w ratach półrocznych. W obec wielkiéj ważności celów, do których Towarzystwo zdąża, byłoby rzeczą z naszéj strony zbyteczną rozpisywać się nad doniosłością wstępującego właśnie w życie związku lekarzy i obywateli stanowiskiem poważnych a powodujących się jedynie dobrém ogółu: przeciwnie nie wątpimy, że i bez naszéj zachęty Towarzystwo znajdzie wszędzie chętne i gorące poparcie, na które ze wszech miar zasługuje.

* Akademija Umiejętności w Krakowie rozpisuje konkurs na stypendyjum ś. p. Gałęzowskiego w kwocie 3000 franków, które ma być nadane na r. 1889. O stypendyjum to ubiegać się mogą docenci obu uniwersytetów krajowych lub jednego z zagranicznych (ci ostatni z warunkiem dostatecznéj do wykładu biegłości w języku polskim). Na rok bieżący (równie jak na następny) stypendyjum przypada kandydatowi poświęcającemu się naukom przyrodniczym. Nadaje się wszakże na rok jeden tylko. Termin konkursu oznacza się na dzień 1 kwietnia r. b. Do podań należy dołączyć: 1) dowód, że kandydat jest docentem, jakiego przedmiotu, ilu miewał słuchaczy; 2) prace naukowe, bądź już drukiem ogłoszone, bądź w rękopiśmie będące; 3) program studyjów, które w ciągu roku przedsiębrać zamierza. Podania wnosić należy do Akademii Umiejętności. (Kraków, ul. Sławkowska).

* **Warszawa.** Z inicyjatywy oberpolicmajstra miasta urządzona została pracownia higijeniczna miasta celem badania jakości artykułów spożywczych i ich zafałszowań oraz badań higijenicznych w ogólném znaczeniu. Tymczasowo pracownia mieści się w gmachu ratusza; posiada ona wszystkie potrzebne przyrządy, które kosztem 4000 rubli sprowadzone zostały z zagranicy. Kierownikiem pracowni jest Dr. Bujwid, który zajmował się i jéj urządzeniem. (*Gaz. Lek.*).

* **Paryż.** Obok wystawy powszechnéj odbędzie się między innemi i Zjazd międzynarodowy hydrologii i klimatologii, a mianowicie od 3—10 października r. b. Urządzeniem tego Zjazdu zajmuje się komitet, na czele którego stoi p. Renou, a który zaprasza i lekarzy zagranicznych do uczestnictwa. Członkiem może być każdy, który opłaca 20 franków; bliższych wyjaśnień udziela sekretarz jeneralny Dr. Ranse. (Paris, avenue Montaigne 53).

† **Ameryka.** Dr. J. Mount Bleyer zastósował fonograf Edissona do fizycznego badania chorych. Do klatki piersiowéj chorego przykłada się trąbka połączona z fonografem i ten zapisuje wszystkie dźwięki. Przyłożywszy następnie do fonografu słuchawkę, można wysłuchiwać te dźwięki, a odtwarzanie ich odbywa się bardzo dokładnie. Jeżeli zaś używa się słuchawki połączonéj z mikrofonem i rezonatorem, to odtworzone dźwięki mogą być słyszane w całém audytoryjum.

Dr. Peabody opisał przypadek długotrwałego pozostawania szpilki w sercu. Chora 29-letnia Irlandka zgłosiła się w przeszłym roku do jednego z Newjorskich szpitalów. Cierpiała ona na duszność, puchlinę nóg i białkomocz. Tony serca były osłabione. Wkrótce chora umarła. Sekcyja wykazała lekki przerost serca, lewy otwór żylny był zwężony, ściany komórki prawéj zgrubiałe a w komórce lewéj tkwiła szpilka, która przebiwszy ścianę i mięsień brodawkowy, wysterczała główką do jamy komórkowéj. Wsierdzie w pobliżu szpilki było zgrubiałe, a w mięśniu brodawkowym była blizna. Autor przypuszcza, że szpilka ta była połknięta.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Westphal z powodu ciągłéj słabości zmuszonym się widział zawiesić wykłady swoje i udać się do Szwajcaryi. Tymczasem kierują kliniką jego asystenci Oppenheim i Siemerling. Gdyby prof. Westphal i w lecie nie mógł wykładać, powołany zostanie tymczasem do zastępstwa prof. Erb z Heidelbergu. — **Fryburg.** Prof. Schottelius mianowany zwycz. prof. higijeny. — **Graz.** W miejsce Zuckerkandla proponowani na katedrę anatomii opisowéj trzej kandydaci w następującéj kolei: Henke z Tübingi, Holl z Insbruku i Hochstädter z Wiednia. — **Londyn.** Prof. med. sądowéj Ferrier, słynny anatom mózgu, mianowany został prof. neuropatologii. — **Monachijum.** Prof. med. sądowéj Martin ukończywszy 70ty rok życia przeszedł w stan spoczynku. — **Petersburg.** Dr. Karłow habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj. — **Wiedeń.** Katedrę Bambergera otrzymał prof. Kahler z Pragi.

* **Odznaczenie.** Radca dworu prof. Widerhofer, lekarz przyboczny Cesarza, otrzymał order korony żelaznéj 2éj klasy.

* **Nekrologija.** Dr. Jan Brock, powołany na katedrę anatomii i histologii w Dorpacie, umarł w Getyndze z zap. płuc.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Elsenberga: Grzybek parcha; Grundzacha: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka (dok.), Rejchmana. O związku p. pewn. objawami żołądkowemi w cierp. gardziela; Sunderlanda: Zadławienie się igłą i wydobycie jéj. — W *Medycynie* Nr. 9: Adamkiewicza: Porażenie połowicze postęp. nn. mózgowych; Dobrzyckiego: Sławuta (c. d.); Jaworskiego: Uwagi terap. n. krwotokami i guzami krwawnicowemi. — W *Zdrowiu* Nr. 41: Tchórznickiego: Handel starzyzną; Hamona: Rury ołowiane (c. d.); Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 2: Zgórskiego: Gimnastyka jako środek fizyczn. wychowania.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy Katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

Podania należy wnieść na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego do dnia 14 Marca 1889 r.

Kraków, dnia 1 Marca 1889 r.

KONKURS.

W mieście Rudniku powiat Nisko jest do obsadzenia posada lekarza gminnego z roczną płacą 600 złr. Podania wnosić należy do 16 marca b. r. do Zwierzchności gminnéj w Rudniku, a bliższych szczegółów udziela na miejscu burmistrz Rudnika lub c. k. lekarz powiatowy w Nisku. 24—3—2

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 16 Marca 1889. Nr. 11.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki (*blenorrhea*) cewki moczowéj.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 20 lut. br.)

przez

Dr. W. Antoniego Gluzińskiego

Docenta chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel.

LITERATURA: 1) Trousseau. Gazette des hôpitaux 1854 str. 226; 2) Brandes. Du rhumatisme blennorrhagique. Arch. gén. de méd. 1854. 3) Hervieux. Note sur le rhumatisme aigu blennorrhagique. Gaz. méd. de Paris 1858; 4) Siegmund. Tripperformen und zur Therapie der Tripperformen. Wien. med. Woch. 1858; 5) Lacasagne. Des complications cardiaque dans la blenn. Arch. gén. de méd. 1872; 6) Desnos i Lemaitre. Rhumatisme blennorrhagique avec complications cardiaques etc. Progrès méd. 1874; 7) Marty. Endocardite blenn. Arch. gén. de méd. 1876; 8) Besnier. Du rhumatisme blenn. Diction. encycl. de sc. méd. 1876; 9) Desnos. Endocardite blenn. Gaz. des hôpitaux. 1877; 10) Morel. Des complications cardiaques de la blenn. Thèse. Paris. 1878; 11) Delprat Des lésions cardiaques au coursde la blennorrhagie Thèse. Paris. 1882; 12) Pfuhl. Zur Casuistik d. Herzaffect. b. d. ac. Blenn. d. Ur. Deutsche Zeitschrift für prakt. Med. 1878; 13) Schedler. Zur Casuistik der Herzaffect. bei Tripper. Inaug. Diss. Berlin 1880; 14) Cianciosi. Sopra un caso di endocarditide blenn Bullet. delle sc. med. di Bologna. 1880; 15) Baudin. Observations d'un cas d'endocardite blenn. Rec. de mem. de méd. milit. 1879: 16) Draper. A case of endocarditis occuring in the course of gonorrheal rhumat. etc. Philad. med. Bullet. 1882; 17) Fleury: Arthrite blen., endocardite ulc. Mort. Journ. de Bordeaux 1883; 18) Morel. La blenn. et les affections du coeur. Revue de Thérap. 1883; 19) Railton. Notes of a case of gonorr., with acute rhum. and. endoc. etc. British. med Journ. 1884; 20) Dérignac et Moussous. Endocardite blenn. Gaz. méd. de Paris. 1884· 21) Van der Velden Zwei Fälle von „Endocardite blenn.". Münch. med. Woch. 1887; 22) Weichselbaum. Zur Aetiologie der acuten Endoc. Centrbl. f. Bacter. 1887; 23) Will. Über Endocarditis blenn. Münch. med. Woch. 1887.

Gdy sprawa gośćca stawowego wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj już dość dawno była rozstrzygniętą, wystąpienie powikłań ze strony bł. surowiczych organów wewnętrznych szczególniéj serca jużto wśród przebiegu samego gośćca rzeżączkowego, jużto bez takowego, jest sprawą ostatnich lat trzydziestu, a dla niektórych do dziś dnia niepewną.

Dość w tym kierunku przytoczyć zdanie Trousseau'a (1) które jeszcze w r. 1854 w wykładach swoich głosił, że w gośćcu rzeżączkowym nigdy nie przychodzi do zmian w sercu i że to stanowi jego ważną różnicę od zwykłego gośćca stawowego. W przeważnéj części podręczników niemieckich o chorobach wenerycznych (np. Geigla, Tarnowskiego itd.) sprawę tę znajdujemy pominiętą milczeniem, a w ostatniém wydaniu dzieła Zeissla (1888) na str. 201 znajdujemy zdanie następujące „*Wir haben beim Tripperrheumatismus noch niemals eine Peri et Endocarditis beobachtet*". W najnowszym jednak podręczniku Fingera mamy już między powikłaniami rzeżączki osobny rozdział zatytułowany „*Endocarditis blennorrhoica*" i inaczéj się nam sprawa przedstawi, gdy sięgniemy do literatury francuskiéj, któréj właściwie należy się zasługa poruszenia i dokładniejszego zbadania téj sprawy.

Pierwszy Brandes (2) w r. 1854 ogłasza dwa przypadki, jeden z własnéj obserwacyi drugi Lehmana, wystąpienia raz zapalenia wśródsierdzia (*endocarditis*) raz osierdzia (*pericarditis*) wśród przebiegu gośćca niewątpliwie rzeżączkowego. W r. 1858 Hervieux (3) podaje podobny przypadek u człowieka młodego, 23 l. liczącego, który w 3 tyg. rzeżączki dostaje się do szpitala z obrzmieniem stawu kolanowego prawego w stanie bezgorączkowym, a w tydzień potém występuje dreszcz, gorączka i rozwijają się objawy zapalenia wśródsierdzia, dzięki któremu chory opuszczając szpital po miesięcznym pobycie uwolniony od rzeżączki i gośćca wynosi jednak niedomykalność zastawki dwukończystéj.

W tym samym roku Siegmund (4) spostrzegał dwa przypadki u kobiet gośćca stawowego na tle rzeżączki z następowém zajęciem osierdzia (*pericarditis*). Przez następnych lat 14 sprawa przycichła i dopiero od r. 1872 liczba ogłoszonych przypadków zaczyna się wzmagać i stale rośnie aż do obecnéj chwili. I tak w r. 1872 ogłasza Lacassagne (5) swój przypadek (u żołnierza l. 21 liczącego wśród przebiegu rzeżączki bez poprzedniego gośćca wystąpiła *pericarditis*), w 1874 Desnos i Lemaitre (6) swoją obserwacyję, do-

tyczącą mężczyzny l. 35, u którego w 25 dniu trwania rzeżączki wystąpił ostry gościec stawowy, przeważnie zajmujący staw kolanowy lewy, a w dwa tygodnie potém serce uległo zmianie doprowadzającéj do zwężenia ujścia tęt. głównéj. Rok 1876 przynosi nam dwa spostrzeżenia Marty'ego (7) (mężczyzna l. 22, wśród przebiegu gośćca rzeżączkowego rozwijają się zmiany w ujściu tęt. głównéj) i Besniera (8). W r. 1877 w towarzystwie lekarzy szpitalnych w Paryżu opowiada Desnos (9) drugie swoje spostrzeżenie odnoszące się do mężczyzny przyjętego na jego oddział dla nieżytu oskrzelowego, u którego nagle występuje obrzmienie stawu mostko-obojczykowego i barkowego wśród stanu gorączkowego, stwierdzono obfity wypływ z cewki moczowéj, do którego chory wcale się przedtém nie przyznawał, a rozwijające się w związku z tém zapalenie osierdzia, jak sekcyja wykazała, na zastawkach dwukończystéj i półksiężycowych tęt. głównéj, wkrótce kres życiu położyło. Morel (10) w 1878 oprócz swoich dwóch zebrał jeszcze 11 przypadków. Delprat (11) w 1882 już 14 naliczył i zestawił opisując swój własny przypadek. Nie wliczył jednak już w tym czasie ogłoszonych przypadków z literatury niemieckiéj, t. j. wyżéj podanych 2 spostrzeżeń Siegmunda (4) daléj Pfuhla (12) ze szpitala garnizonowego w Harburgu i Schedlera (13) z kliniki Leydena w Berlinie, jak również przypadku z literatury włoskiéj Cianciosi'ego (14) a z francuzkiéj Baudina (15) tak, że w tym czasie było właściwie już 21 przypadków podanych, a dzisiaj dochodzi ich liczba do 31, gdy uwzględnimy dalsze spostrzeżenia Drapera (16), Fleury'ego (17) Morela (18), Derignaca i Moussousa (20), Railtona (19), wreszcie 2 przypadki Van der Veldena (21), jeden przypadek Weichselbauma (22) i przypadek Willa (23). Sam spostrzegałem przypadek w klinice prof. Korczyńskiego u młodego druciarza, który w 3 tygodniu rzeżączki uległ ostremu gośćcowi stawowemu, a opuścił klinikę z wytworzoną niedomykalnością zastawki dwukończystéj.

Z zestawienia tych wszystkich przypadków musimy przyjść do następujących wyników:

1. Wśród przebiegu rzeżączki występują zboczenia ze strony serca tak na osierdziu jak i wśródsierdziu (*peri-et endocarditis*);

2. Takowe rozwijają się albo na tle gośćca rzeżączkowego albo i bez tego tła.

3. Przebieg ich jest albo złośliwy, przedstawiając obraz ciężkiego zakażenia, jakie spotykamy przy wrzodziejącem zapaleniu wśródsierdzia (*Endocarditis ulcerosa)*, lub też więcéj zwolniony, w każdym razie jednak ostry doprowadzając, jeżeli sprawa dzieje się na wśródsierdziu, do wytworzenia wad sercowych.

Zaburzenia te ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki zdają się być rzadkiemi następstwami téj ostatniéj. Nasuwa się tu jednak uwaga, że liczba przypadków z pewnością by się zwiększyła, gdyby wszystkie były ogłoszone i gdyby w każdym przypadku ostrego gośćca stawowego szukano, czy nie ma równoczesnéj rzeżączki. A uwagę tę nasuwać musi okoliczność, że na 31 ogłoszonych przypadków tylko dwa odnoszą się do kobiet, ale bo też jak rzadko wśród przebiegu gośćca stawowego zwracamy lub zwracać możemy uwagę na stan części płciowych u kobiet.

Przyjąwszy występowanie zmian w sercu wśród przebiegu rzeżączki jako fakt, nie ulegający zdaniem mojem wątpliwości, należy poruszyć i rozjaśnić o ile możności stosunek tych dwóch spraw chorobowych do siebie. Z góry zastrzedz się muszę, jakobym uważał występującą wśród rzeżączki zmianę na osierdziu, względnie wśródsierdziu, za równorzędne powikłanie np. z zapaleniem jąder, pęcherza moczowego itd., to jest z powikłaniami występującemi w skutek szerzenia się sprawy *per continuitatem* lub *contiguitatem*. Zajęcie bł. surowiczych serca musimy postawić w równym rzędzie z zajęciem bł. surowiczych stawów, powięzi ścięgnistych itd Dziś pominąć możemy dawniéjsze teoryje, jak np. odruchową, a stanąć musimy na podstawie czysto doświadczalnéj, zdobytéj badaniami lat ostatnich, tj. badaniami bakteryjologicznemi, zainaugurowanemi odkryciem w r. 1879 przez Neissera patogenetycznego mikroorganizmu dla rzeżączki (*gonococcus)*. Za tém odkryciem musiała się wyłonić myśl, czy powikłania rzeżączki na błonach surowiczych, np. stawów, nie pochodzą od usadowienia się tam tych specyficznych mikroorganizmów. I w krótkim czasie pojawiła się pokaźna liczba prac w tym kierunku, które z jednéj strony przypuszczenie to potwierdziły, wykazując w cieczy wydobytéj ze stawu zajętego gośćcem rzeżączkowym te same gonokoki, co w wydzielinie z cewki moczowéj; z drugiéj strony podnieść należy wyniki ujemne, gdzie w wydobytéj cieczy nie wykazano gonokoków, zato niekiedy mikroorganizmy ropotwórcze. Do téj ostatniéj kategoryi zaliczyć muszę przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego, w którym w cieczy żółtawej wydobytéj strzykawką Pravatza ze stawu kolanowego prawego gonokoków wykazać nie mogłem. W obec tych spostrzeżeń dwa zapatrywania górują w nauce, łączące się przyjęciem mikroorganizmów za podstawę odległych powikłań rzeżączki, różniące się tém, że jedni opierając się na dodatnich wynikach badań, np. cieczy zajętych stawów, uważają tę sprawę za bezpośrednie następstwo rzeżączki, drudzy powołując się na ujemne badania i opierając się na wykazaniu mikroorganizmów ropotwórczych uważają ją za sprawę następową, będącą o tyle z pierwotném cierpieniem w związku, że takowe przez uszkodzenie pokrycia bł. śluzowéj cewki moczowéj ułatwiło wtargnięcie innym mikroorganizmom sprowadzając następowe zakażenie, czyli że wtedy mamy do czynienia z tak zwaném zakażeniem mięszaném (*Mischinfection)*. Zakażenie to następowe tém łatwiéj pojąć możemy, jeżeli zważymy, że w wydzielinie rzeżączkowéj obok gonokoków znajdujemy i inne mikroorganizmy tak obojętne jak i patogenetyczne, np. *staphyloccus albus*, *aureus*, *streptococcus pyogenes*, że Lustgarten i Mannaberg (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* 1887 str. 905) w cewce nawet zdrowéj znaleźli *Staphylococcus aureus.*

Odnosząc to do kwestyi nas obecnie obchodzącej, t. j. spraw w osierdziu i wśródsierdziu wśród przebiegu rzeżączki, musimy powiedzieć, że te same mikroorganizmy, które były w stanie z cewki moczowéj nadwerężonéj dostać się do ogólnego obiegu i usadowić się w stawach, mogą również wśród odpowiednich warunków wywołać sprawę chorobową na błonach surowiczych serca, a przypuszczenie to nabiera znaczenia, gdy uwzględnimy przypadek Weichselbauma (22), który na stole sekcyjnym obok rzeżączki trzy tygodnie trwającéj z wydzieliną obfitującą w gonokoki znalazł *endocarditis* ostrą rozciągającą się na zastawkę dwukończystą, zastawki półksiężycowe tęt. głównéj, a przez ścianę téj ostatniéj i na zastawkę trójdzielną; w wybujałościach zaś zastawkowych tak mikroskopowo jak i drogą hodowli wykazał *streptococcus pyogenes*, czyli, że zajęcie wśródsierdzia wśród przebiegu rzeżączki musimy uważać również za zakażenie następowe,

powstanie którego ułatwiła tocząca się rzeżączka i naruszająca pokrycie bł. śluzowéj cewki moczowéj.

Czy zajęcie błon surowiczych serca wśród przebiegu rzeżączki tylko tą drogą powstaje? na to pytanie dzisiaj trudno odpowiedzieć; musiałbym poruszyć całą 'patogenezę zapalenia wśródsierdzia, a nie chcąc od właściwego przedmiotu odbiegać, mam zamiar na jedném z przyszłych posiedzeń sprawę tę dyskusyi szanownych Kolegów poddać.

Ze stanowiska klinicznego musimy zadać jeszcze pytanie, czy przebieg tych spraw na wśródsierdziu, względnie osierdziu, odbywa się zwykle tak ostro jużto pod postacią wrzodziejącego zapalenia wśródsierdzia (*End. ulcerosa*) lub ostrego zapalenia wśródsierdzia względnie osierdzia (*Endo*- względnie *Pericarditis acuta*), jak przedstawiają dotychczasowe przytoczone wyżéj opisy?

To właściwie pytanie pobudziło mnie do postawienia téj kwestyi na dzisiejszém posiedzeniu i pozwolę sobie opierając się na własnych spostrzeżeniach zdanie w tym kierunku wypowiedzieć.

Spostrzeżenia te, na które w ostatnich trzech latach zwróciłem moją uwagę, odnoszą się do ludzi młodych, którzy ambulatoryjnie zgłosili się do mnie skarżąc się, że od dłuższego lub krótszego czasu doznają kłucia w lewéj połowie kl. piersiowéj i ulegają często biciu serca. Liczba ich wynosi 8. Uczucia te podmiotowe miały swoją podstawę. Badanie bowiem wykazywało silną akcyję serca, przyspieszoną, najczęściéj tarcie osierdziowe, raz tak wyraźne, że je ręką wyczuć mogłem, a najskrupulatniejsze poszukiwania w organizmie, dokładne wywiady szczególniéj w kierunku gośćca, mieszkania, narażenia się na wpływy atmosferyczne, nic nie wykazywały z wyjątkiem, że chorzy zwykle od pewnego czasu obdarzeni zostali rzeżączką. Zmiany te w osierdziu były świeże, wszystkie ustąpiły. Do wysięków nigdy nie przyszło i w ogóle podnieść muszę, że z wyjątkiem tych uczuć podmiotowych, które zwróciły uwagę pacyjenta, w niczém porządku nie zaburzały. Chorzy nie gorączkowali, oddawali się swoim zajęciom, nieraz twierdzili, że już są zupełnie zdrowi, gdy można było jeszcze zmiany wykazać szczególnie objawiające się przyspieszoném tętnem. Na tę nieznaczność przypadków szczególnie nacisk kładę z tego powodu, że łatwo ujść mogą uwagi i to może być przyczyną niedostatecznego ich uwzględnienia w powikłaniach rzeżączki, a jednak są to rzeczy nie obojętne, w dwóch bowiem z obserwowanych przypadków niepostrzeżenie wytwarzał się szmer wśródsierdziowy stając się coraz wyraźniejszy i w jednym doprowadził do niedomykalności zastawki dwukończystéj, w drugim do zwężenia ujścia tęt. głównéj. Przypadki te ostatnie obserwowałem przez przeciąg 5—6 miesięcy.

Że zmiany te w osierdziu względnie w wśródsierdziu zawisłe były od rzeżączki, przemawiał za tém obok okoliczności, że we wszystkich tych przypadkach była rzeżączka cewki moczowéj a innéj podstawy w organizmie nie było, przebieg choroby w następującym np. przypadku.

W d. 24 maja zgłosił się do mnie mężczyzna silnie zbudowany lat 22 liczący skarżąc się, że od tygodnia doznaje kłucia w lewéj połowie kl. piersiowéj i częstego doznaje bicia serca. Dotąd zawsze zdrów. Bólów ani w stawach ani w mięśniach nigdy nie miał. Badanie w innych narządach z wyjątkiem narządu krążenia zboczeń nie wykazywało. Ze strony tego ostatniego stwierdziłem przyspieszenie tętna (98 na minutę), ciepł. 37·4 °C. Uderzenie serca na rozległéj przestrzeni widoczne w 3, 4 i 5 przestworze międzyżebrowym, silne. Przysłuch wykazywał nad podstawą serca miękkie, ale wyraźne tarcie osierdziowe. Z cewki wydzielina śluzowo-ropna, chory przed 4 miesiącami nabawił się rzeżączki. Z rozbioru moczu przekonałem się o prawidłowym stanie pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek. Objawów gośćca ani stawowego ani mięśniowego nigdzie nie stwierdziłem. Rozpoznałem "*Pericarditis sicca recens*", a za przyczynę takowéj opierając się na poprzednich obserwacyjach uważałem istniejącą rzeżączkę cewki moczowéj. Wśród odpowiedniego leczenia stan się poprawił tak, że w d. 12 czerwca badając po raz trzeci mogłem go uważać za zdrowego, podmiotowo czuł się bowiem dobrze, tętno wynosiło 76 na minutę nawet po ruchach, tarcia nie słyszałem. Chory leczył daléj rzeżączkę. Poprawa nie trwała długo, gdyż w miesiąc, bo 14 lipca przedstawił się znowu twierdząc, że „wszystko wróciło." I wróciło rzeczywiście, znalazłem bowiem taki sam stan jak przy pierwszém badaniu. Dwóch tygodni trzeba było, nim sprawa się uspokoiła. Rzeżączka w jednym stopniu trwała bez przerwy. Przez dwa miesiące następne chorego nie widziałem, bo czuł się dobrze. Dzień 19 września sprowadził go do mnie, o d t y g o d n i a b o w i e m w y p ł y w z c e w k i s i ę z w i ę k s z y ł, wystąpiła duszność szczególnie po ruchach, kłucie w okolicy serca, napadowe bicie takowego, a r ó w n o c z e ś n i e p o r a z p i e r w s z y p o j a w i ł s i ę d o p i e r o b ó l w s t a w i e k o l a n o w y m i ł o k c i o w y m p r a w y m. Badanie wykazało stan bezgorączkowy. Stawy wspomniane z wyjątkiem bolesności przedmiotowo innych zboczeń nie przedstawiały. Tętno 116 na minutę. Tarcie osierdziowe ręką można wyczuć, przy 1szym tonie nad lewą komórką występuje zwłaszcza po ruchach szmer skurczowy. W 5 dni potém z wyjątkiem spokojniejszéj akcyi serca, bo 98 uderzeń na minutę wynoszącéj, polepszenia wybitnego nie stwierdziłem. D. 7 października tarcie słyszałem znacznie słabsze, tętno 84, ale szmer skurczowy dość wyraźny. Od tego czasu chorego później nie widziałem.

Przypadek ten, w którym w jakiś czas wśród trwającéj bez przerwy rzeżączki cewki występowało zapalenie osierdzia, w którym wraz z zaostrzeniem sprawy rzeżączkowéj pojawiło się również ostrzejsze zadrażnienie osierdzia, przeniesienie się sprawy na wśródsierdzie i wtedy dopiero bóle w stawach — czyż przypadek ten nie każe domyślać się pewnéj łączności między istniejącą rzeżączką cewki moczowéj a zmianami w narządzie krążenia?

A jeżeli w krótkim stosunkowo czasie przychodzi się do przekonania, że przypadek taki nie jest odosobnionym, ale przy zwróceniu uwagi w tym kierunku spostrzega się je częściéj, toć naturalny należy zrobić wniosek, że rzeżączka cewki moczowéj, czy to pośrednio czy bezpośrednio, jest tu momentem wywołującym.

W większéj liczbie spostrzeganych przezemnie przypadków między rzeżączką a wystąpieniem zmian w sercu nie pośredniczył wcale gościec, w niektórych wystąpił on później, jak np. w wyżéj opisanym przypadku, w innych wcale się nie objawił, w mniejszéj liczbie tylko wystąpił jako zboczenie poprzedzające jużto w którymś stawie jużto w mięśniach. Forma zawsze jednak była lekką, najczęściéj mało zwracającą uwagę chorego tak, że dopiero pytania postawione w tym kierunku przypominało pacyjentowi, że w chwili badania lub przedtém miał nieznaczne dolegliwości w tym kierunku.

Czas wystąpienia tych zmian odnosił się we wszystkich przypadkach do późniejszych okresów rzeżączki cewki moczowéj, t. j. do form jéj przewlekłych, zwykle już kilka miesięcy trwających. Tém może tłumaczy się nieznaczne natężenie przypadków w przeciwieństwie do tych ostrych o silném natężeniu przypadów, jakie dotychczas spostrzegano, a które rozwijały się w pierwszych tygodniach trwania rzeżączki.

Jak często, jaki procent dotkniętych rzeżączką ulega temu powikłaniu ze strony serca — zawczas byłoby rozstrzygać.

Na podstawie tych danych czułbym się w prawie wypowiedzieć zdanie, że jak wśród przebiegu ostréj rzeżączki

(na podstawie ogłoszonych przypadków) występują zmiany w sercu z przebiegiem ostrym, tak w przebiegu rzeżączki przewlekłéj rozwijać się mogą zajęcia bł. surowiczych serca z natężeniem bardzo nieznacznêm, prawie niepostrzeżenie, a jednak aż nadto ważne, bo mogące jakkolwiek rzadko doprowadzić do stałego zboczenia tak znacznego, jakiém dla organizmu musi być powstała wada sercowa.

Uważałem za swój obowiązek spostrzeżeniem têm się podzielić, spostrzeżeniem, mogącêm nam nieraz wytłumaczyć, zkąd u badanego powstała wada sercowa, a dla saméj sprawy byłoby bardzo ważnêm, gdyby uwagi te lekarza chorób wewnętrznych znalazły dalsze rozjaśnienie ze strony kompetentnéj specyjalistów syfilidologów.

II. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem.

Podał

Dr. Szymkiewicz w Krakowie.

Jedna z najważniejszych przyczyn cuchnienia z ust, które tak często u ludzi względnie zdrowych się napotyka, są próchnicą *(caries)* zniszczone zęby. Choroba ta zębów, przybierająca w teraźniejszéj generacyi coraz większe rozmiary, sprowadza dopiero wtenczas zanieczyszczenie oddechu, skoro drążąc coraz bardziéj w głębsze warstwy zębowiny wywoła zapalenie a w dalszém następstwie zgorzel miazgi zębowéj. W takim razie obumarłe części tego narządu, zmięszane z pokarmami, które do jamy zęba się przypadkowo dostały, ulegają gniciu, wytwarzając właściwe wszystkim istotom organicznym gazy. Jeżeli uwzględnimy tę okoliczność, iż zmiany takie zwykle występują równocześnie w kilku zębach, z których każdy stanowi niejako dla siebie oddzielny krater, jeżeli dodamy jeszcze do tego tu i owdzie pozostawione gnijące korzenie zębów, daléj resztki pokarmów między niemi lub w fałdach błony śluzowéj zatrzymane i rozkładowi ulegające a wreszcie pokłady kamienia zębowego i zmacerowane dziąsła, natenczas mamy dość powodów, tłomaczących nam takie cuchnienie z jamy ust. Aby tego uniknąć, używają chorzy rozmaitych płukań aromatycznych, które albo tylko chwilowo usuwają tę przykrą wadę, albo też pozostają bez żadnego skutku.

Ponieważ, jak wyżéj powiedziano, głównêm ogniskiem tego procesu są zepsute zęby, przeto wskazanémby było wczesne zapobieganie ich zniszczeniu têmbardziéj, iż w plombowaniu posiadamy nader dzielny środek, mogący na długo powstrzymać dalszy rozwój choroby.

Między materyjałami do plombowania zębów używanemi pierwsze miejsce zajmuje czyste złoto, które przylegając ściśle do ścian jamy, dając się bardzo dokładnie skupić, nie kurcząc się z czasem, ani rozciągając, nie ulegając chemicznym zmianom, chroni stanowczo ząb w miejscu chorobowo zmienionêm od dalszego zniszczenia. Jedynie ujemnemi stronami złota są jego barwa i połysk oraz dość znaczne koszta, któreto okoliczności jednak przy nader ważnych zaletach należałoby na drugim stawiać planie.

Dotychczasowy tak zw. amerykański sposób skupiania złota polegał na têm, iż metal ten albo w postaci masy gąbczastéj, tak zwane złoto krystaliczne, albo delikatnych blaszek składanych lub zwijanych *(Goldfolie)*, albo nareszcie w postaci wałeczków *(Pelets)*, wprowadzano do jamy i skupiano je odpowiedniemi ugniataczami *(Stopfer)*, i to albo za pomocą ucisku ręki, albo uderzając w rękojeść ugniatacza ołowianym młotkiem, którym druga osoba kierowała, albo nareszcie za pomocą sztucznych i skomplikowanych młotków, poruszanych mechanizmem sprężynowym, siłą elektryczności, powietrza lub wody.

Jakość użytego złota i sposób jego skupiania odgrywa drugorzędną rolę, głównie jednak chodzi o to, aby, jak wyżéj wspomniano, złoto przylegało szczelnie do ścian jamy, aby we wszystkich swoich warstwach było jednostajnie skupione, aby pierwotny kształt zęba przywróciło, a co najważniejsza, aby między plombą a brzegami zęba nie pozostała najmniejsza szczelina, w którejby produkty gnilne się gromadzić i próchnicę w częściach zęba dotychczas nie zajętych sprowadzić mogły. Cała ta czynność odbywać się winna w zupełnéj suchości, tak, iżby nawet para wydechana nie zwilżała pola operacyjnego (ku czemu najlepiej służy ochronienie zęba za pomocą gumy [*Cofferdam*]), a powtóre, że w ciągu całéj roboty należy bardzo pilną zwrócić uwagę na antyseptykę nietylko samego pola operacyjnego, ale także sąsiednich części zęba, instrumentów, materyjału do plombowania użytego i t. d.

W ten sposób dokonana praca, jest w stanie zapobiedz dalszemu rozwojowi próchnicy zębów, czego najlepszym dowodem są plomby zrobione przez amerykańskich dentystów przed 20 lub 30 nawet laty, z któremi jeszcze teraz niejednokrotnie spotykać się można. Już w r. 1884 rozeszła się po Niemczech wieść o nowym sposobie plombowania zębów złotem, podanym przez ich rodaka Wilhelma Herbsta z Bremy. Sława jego przebiegła wkrótce całą Europę i Amerykę, zyskując sobie poważne grono wielbicieli i naśladowców. W dowód uznania mianowały go liczne stowarzyszenia dentystyczne w Stanach Zjednoczonych członkiem honorowym. a nawet Kolegium dentystyczne w Cincinnati nadało mu *honoris causa* tytuł *„Doctor of Dental-Surgery.“* Nie brak atoli przeciwników, którzy nie poddawszy metody Herbsta dokładnemu i wszechstronnemu badaniu, wyrażają się o niéj z powątpiewaniem, a nawet odmawiają jéj wszelkiéj praktycznéj wartości.

Nie łącząc się z hymnem pochwalnym wielbicieli, bądź co bądź przyznać potrzeba, iż wspomniana metoda ma obok pewnych stron ujemnych wiele zalet i ze wszech miar zasługuje na to, aby gruntownie ocenioną została.

W r. 1855 wydał Herbst nakładem firmy C. Ash et Sons w Berlinie broszurę pod tytułem: *„Das Füllen der Zähne mit Gold etc. nach deutscher Methode“*, w któréj opisuje sposób swego postępowania, o ile naturalnie przedmiot taki dał się teoretycznie przedstawić. Dzisiaj po czterech latach pojawienia się téj metody zmienił ją Herbst w niejednym punkcie i udoskonalił o tyle, iż niewątpliwie zajmie ona — po usunięciu pewnych jeszcze niedokładności — ważne stanowisko w terapii próchnicy.

Na jubileuszowym zjeździe Towarzystwa dentystycznego we Frankfurcie nad Menem w dn. 28 i 29 Kwietnia r. 1888, dokąd głośnêm imieniem Herbsta zwabieni zebrali się nader licznie dentyści ze wszystkich niemal prowincyj Niemiec, z Austryi i Francyi, miałem sposobność obserwować tego mistrza w swoim zawodzie. Chcąc jednak u samego źródła dokładnie poznać i pod kierunkiem Herbsta przyswoić sobie nową metodę, udałem się w Lipcu r. z. do Lipska, gdzie w klinice prof. Hessego w dwutygodniowym kursie wykładał Herbst swoją metodę rotacyjną oraz inne wynalazki i ułatwienia w zakresie techniki dentystycznéj. Liczne ambulatoryum téjże kliniki dozwalało w stosunkowo tak krótkim czasie nabyć dostatecznéj biegłości we wszystkich kierunkach.

Niniejszém pozwolę sobie opisać w głównych zarysach metodę rotacyjną plombowania złotem, do czego zachęca mnie przedewszystkiem ta okoliczność, iż dotychczas nie zdarzyło mi się w literaturze polskiéj znaleźć o niéj jakiéjkolwiek wzmianki.

Sposób postępowania Herbsta jest mniéj lub więcéj następujący:

Po należytém odosobnieniu zęba za pomocą gumy i dokładném oczyszczeniu ścian oraz wyrównaniu brzegów jamy, wprowadza się do niéj naraz kilka wałeczków złota i skupia je za pomocą główkowatych instrumentów, osadzonych w toczydle *(Bohrmaschine)*. Dawniéj używał Herbst w tym celu stalowych instrumentów, których komplet składał się z 18 form dla prostéj a z 4 dla kolankowatéj rękojeści, dzisiaj zaś ogranicza się głównie do 4—5 instrumentów, które posiadają główki z kamyczka agatu.

Przy skupianiu złota działają dwa czynniki, a mianowicie z jednéj strony silny ucisk ręki, jaki się na instrument wywiera, z drugiéj zaś jego obroty zwolna po całéj powierzchni jednostajnie postępujące.

Jeżeli jama ma kształt półkulisty, natenczas ogranicza

się Herbst do podanych instrumentów i toczydła, jeżeli jednak ma postać do sześcianu zbliżoną, natenczas postępuje nieco odmiennie, albowiem zagłębienia na krawędziach z powodu użycia instrumentu kulistego nie byłyby należycie złotem wypełnione. W tym celu bierze Herbst zwykły ekskawator, odłamuje koniuszek i tym instrumentem z całą siłą przygniata miejsca podejrzane, które następnie mniejszemi wałeczkami złota wypełnia i znowu je sposobem rotacyjnym ugniata. Skoro jama do pewnéj wysokości została w ten sposób nałożoną, wówczas dopełnia się się ją blaszkami złota grubszemi *(Goldfolie)* Nr. 10, 30 a wreszcie Nr. 60. I tę pracę wykonywa metodą rotacyjną, kontrolując tylko każdą warstwę odłamanym ekskawatorem.

To, co wyżéj powiedziano, tyczy się jam t. zw. środkowych *(Centralcavitäten)* t. j. takich, które zewsząd są otoczone ścianami zęba, z wyjątkiem otworu wejścia. Ale Herbst stara się wszelkie inne jamy, w których nie jednéj ale dwóch trzech ścian brakuje, przeobrazić w jamy środkowe, co stanowi główną zasadę jego metody rotacyjnéj. W tym celu robi t. zw. łożyska *(Matrizen)*.

Istotnie podziwiać należy pomysłowość Herbsta i nadzwyczajną jego biegłość w przysposabianiu sobie tych, tak cennych środków pomocniczych. Trudno teoretycznie opisać szczegółowo sposób postępowania Herbsta w każdym pojedyńczym przypadku, dla tego tylko pobieżnie skreślę główne zasady jego metody przyrządzania łożysk i użycia ich do celów rotacyjnych.

Do najczęstszych miejsc, w których caries z upodobaniem się rozwija, należą ściany sąsiednie zębów, t. j. ściany tak zwane dośrodkowe (mesial) i odśrodkowe (distal), a plombowanie tutaj mieszczących się ubytków należy do najtrudniejszych zadań dentystyki. Przypuśćmy, iż zęby sieczne i kły na powierzchniach do siebie zbliżonych uległy próchnicy. Jeżeli jama ze wszech stron, z wyjątkiem otworu wejścia, jest mocnemi ścianami otoczona, natenczas przy dostateczném oddaleniu tychże zębów skupia się złoto, jak wyżéj podano, metodą rotacyjną. Podobnie się rzecz ma, jeżeli ubytek rozciąga się i na przodkową ścianę zęba. Jeżeli zaś ubytek zajmuje także i ścianę tylną, natenczas robi Herbst łożysko sposobem następującym: Kawałek ogrzanego szelaku wciska od podniebienia ku zębom, następnie po oziębieniu odcisk ten wyjmuje i wzgórek odpowiadający jamie zęba do plombowania przeznaczonego odcina. W listewkę powstałą na szelaku między tym zębem a jego sąsiadem wciska cieniutką blaszkę stalową, należycie ogrzaną, poczém łożysko, przeobrażające boczny otwór zęba w jamę środkową jest gotowe. Łożysko to wprowadza się na swoje miejsce, palcami lewéj ręki podtrzymuje, a prawą nakłada od powierzchni wargowéj złoto i metodą rotacyjną ugniata.

Tutaj powierzchnia szelaku i blaszka stalowa, ku którym złoto z należytą siłą się skupia, nadają plombie kształt odpowiadający konturom zęba.

W nowszych czasach podał Herbst łatwiejszy i szybszy sposób urządzania łożysk przy plombowaniu w mowie będących ubytków na zębach przednich. Otóż po założeniu gumy na 3 albo 4 sąsiadujące zęby przekłada pomiędzy nie wąski pasek neusilbrowy w ten sposób, aby dziura zęba była od strony podniebienia tymże paskiem dokładnie osłonięta, poczém naciąga obydwa jego końce i przygniata w miejscu przylegającém do brzegów ubytku. Osłona taka stanowi dostateczną podporę przy nakładaniu i ugniataniu złota oraz pozwala na dokładne przywrócenie pierwotnych kształtów zęba. W przypadkach zaś, gdzie próchnica zajmuje boczne ściany małych lub wielkich zębów trzonowych, postępuje się w sposób nieco odmienny, w każdym razie zasada przeobrażenia jam bocznych w centralne jest i tutaj zachowaną. Przygotowawszy sobie w takim razie należyty odstęp między obu zębami, czy to przez przepiłowanie, czy też przez rozsunięcie, zakłada się także łożysko w postaci dwóch wąskich stalowych blaszek pod kątem ostrym klinowato do siebie nachylonych. Na jednym końcu są one wolne i nieco łukowato zakrzywione, na drugim przylutowane do klina, około 5mm. długości mającego, w którym przebiega kanalik. Podstawa tego klina rozchyla obydwie blaszki w poprzek, gdy tymczasem własna sprężystość oddala je od siebie w podłuż.

Łożysko takie po należytém osłonięciu zębów od wilgoci gumą wciska się w szparę między obu zębami tak, aby podstawą klina opierało się na dziąsłach, poczém dość grubą szpilkę, ku końcowi nieco sklepaną, wsuwa się w kanalik, przez co obydwie blaszki główką szpilki zostają do ścian zębów przyciśnięte. Zauważyć jednak należy, iż blaszki owe nie sięgają od powierzchni dziąseł aż do płaszczyzny żucia *(Kaufläche)*, skutkiem czego obie jamy tylko do pewnéj wysokości są osłonięte łożyskiem.

Po takiém przygotowaniu wprowadza się do każdéj jamy z osobna złoto i skupia je metodą obrotową, przygniatając tak do ścian zęba, jak i do powierzchni łożyska z jednostajną siłą a gdy się już dojdzie do granicy łożyska, wówczas uważając jamy obu sąsiadujących zębów za jedną środkową, całą przestrzeń jednostajnie złotem się wypełnia. Następnie wysuwa się szpilkę i łożysko. Teraz założywszy w toczydło instrument zrobiony ze zwykłego świderka *(Bohrer)*, na którego końcu osadzony jest kamyczek malachitu, w postaci płaskiego stożka zeszlifowany, wchodzi się na granicę między obu zębami i torując sobie drogę przez obrót tego instrumentu, uciska równocześnie złoto ku wydrążeniu jednego i drugiego zęba. Mostek złota pozostały między plombami przecina się piłeczką, poczém kończy całą pracę przez dokładne wyrównanie i wypolerowanie powierzchni. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Józef Wiczkowski: **Podręcznik do rozbioru moczu.** (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Kraków 1889, str. 240. 8vo.)

Z większém lub mniejszém uprawnieniem tłumaczą się autorowie w obec czytelników z przyczyn, które ich skłoniły do napisania nowéj książki, a wśród tłumaczeń takich zajmuje pierwsze miejsce, u nas niestety często usprawiedliwione twierdzenie, że brak takiego dzieła w naszym języku skłonił ich do podjęcia téj pracy. I dr. W. porusza tę kwestyję w przedmowie, twierdzi bowiem, że do napisania tego podręcznika zabrał się na wezwanie prof. Korczyńskiego. Okoliczność ta stwierdza sama przez się dosadnie, że jeżeli kiedykolwiek, to w tym przypadku niewątpliwie słusznie i bez przesady można mówić o braku odpowiedniego podręcznika. Posługujemy się powszechnie podręcznikami niemieckiemi, o książce p. Bukowskiego o badaniu moczu, wydanéj w Warszawie, nie wiem czy słusznie mało słychać u nas, a chociażby nawet dziełko warszawskie miało pewne zalety, nie może ono nam zastąpić podręcznika, pisanego na podstawie doświadczeń czynionych w téj jedynéj pracowni, w któréj kształci się pokolenie lekarzy polaków w swéj mowie ojczystéj, pomijając już inne kwestyje już dla saméj zawsze jeszcze niezałatwionéj sprawy słownictwa chemicznego. Sam piszący te słowa ma sposobność spostrzegać w ręku uczniów i lekarzy staranne zapiski czynione wśród wykładów chemii lekarskiéj a nie pomyli się twierdząc, że notaty z pracowni tutejszéj pozostają i wśród lat mniéj przyjemnego wykonawstwa lekarskiego nicią przewodnią dla lekarzy praktyków z krakowskiéj szkoły.

Téj szkoły i téj pracowni uczniem a późniéj wieloletnim asystentem jest autor; to też nie dziw, że z książką jego spotkają się lekarze jak z dawnym znajomym. Jakkolwiek podział przedmiotu jest odmienny, przeprowadzono ścisłe i nie całkiem może usprawiedliwione odgraniczenie składników prawidłowych od nieprawidłowych téj najważniejszéj wydzieliny, kierując się raczéj względami praktycznymi aniżeli naukowymi, to jednak wglądając w szczegóły widzi się na każdym kroku na pierwszym planie uwzględnione właściwości, sposoby postępowania częstokroć i zapatrywania na kwestyje naukowe znane już z obszernych i wyczerpujących wykładów prof. Stopczańskiego z zakresu chemii lekarskiéj, któréj jedną cząstkę autor obrobił. Na dziełko składają się jednak nietylko doświadczenia i zdobycze tutejszéj pracowni i wybitnie zaznaczone własne autora poglądy; wierne a zwię

złe, systematyczne a sprawiedliwe uwzględnienie materyjału obcych badań wśród lat ostatnich a nadto, co za wielką zaletę podręcznika uznajemy, wszędzie w właściwém miejscu z pewném niejako upodobaniem przytoczone spostrzeżenia polskich badaczów, lekarzy i chemików — wszystko ujęte w całość harmonijną oto rezultat żmudnéj pracy Dra W.

Trudném bezwątpienia było zadanie napisania podręcznika oryginalnego w przedmiocie, w którym istnieje taki zastęp dzieł obcych, trudném w dziełach, gdzie nauka doszła do pewnego zaokrąglenia utartym szlakiem badań kilku lat dziesiątków, aby nie popaść w mimowolne powtarzanie zdań innych autorów; trudném i tam, gdzie się kończy nauka ścisła a nastaje rozdroże hipotez mniéj lub więcéj prawdopodobnych. Autor wybrnął zwycięzko z tych trudności, a że mu się to udało, zawdzięczyć musi przedewszystkiem jasno wytkniętemu celowi dziełka, którym była potrzeba lekarza praktyka przy łożu chorego i ucznia medycyny w pracowni chemicznéj. W ich rękach książka z pewnością wyrobi sobie uznanie, z naszéj strony radzibyśmy widzieć ją w rękach farmaceuty, który pomimo braku w obecnym systemie uczenia należytych i fachowych podstaw do trudnéj uroskopii, korzystając ze wskazówek tego dziełka, przy swém ogólno chemiczném wykształceniu większą niż wstrętnym darem noworocznym, uczynić będzie mógł przysługę lekarzowi praktycznemu. Być może, że roztrząsania fizyjologiczno i patologiczno chemiczne, w które się autor zapuszcza przechodzą niekiedy zakres „podręcznika“, to znowu nie wyczerpują według jednolitéj miary tematu o poszczególnych składnikach moczu, to jednak pouczają one, że dokładnego i jasnego wyobrażenia o chemii moczu można jedynie nabrać na tle dokładnéj znajomości spraw fizyjologicznych i patologicznych ustroju, a zwłaszcza gruntownéj znajomości rozległego zakresu całéj chemii lekarskiéj.

Podręcznik do rozbioru moczu bez rycin, zwłaszcza o badaniu osadu nie byłby w obec dzisiejszych wymagań zadowolnił i nie byłby wypełnił luki w literaturze lekarskiéj polskiéj jak to czyni książka Dra W. Autor uczynił zadość téj potrzebie, ryciny w liczbie 70 są częścią trafnie dobrane z najlepszych tego rodzaju dzieł niemieckich (Kühnego, Neubauera i Vogla, Salkowskiego i Leubego), częścią nowo wykonane, rycina kolorowana (prątki gruźlicze) wypadła również bardzo dobrze. Ryciny przyrządów używanych do badania moczu i to tylko najważniejszych z nich służą za wyborne uzupełnienie tekstu objaśniającego a niejedna z nich posłuży zapewne do łatwego zaimprowizowania sobie własnych przyrządów. Dodatek o odczynnikach i płynach mianowanych a zwłaszcza jasno wyłożona zasada miareczkowania pomieszczone w końcu dzieła, czynią zbytecznem poszukiwanie w innych dziełach chemicznych pożądanych wskazówek dla osób mniéj wprawnych i pouczają, że przy użyciu nie wielkiéj liczby odczynników bez całego kosztownego i jedynie dla wielkich pracowni przystępnego zbioru przyrządów, można już wykonywać rozbiory o wartości naukowéj a tym bardziéj zdolne zadość uczynić potrzebie lekarzy praktyków.

Układ dziełka ułatwia zoryjentowanie się w przedmiocie nawet wcale niewtajemniczonym, wykład jasny, język poprawny bez zachcianek puryfikatorskich, nie obarczony użyciem wyrazów łacińskich, druk czytelny, papier trwały, stawiają godnie dziełko Wiczkowskiego w szeregu tak cennych podręczników tego samego wydawnictwa. Przedmiot sam, obchodzący blisko wszystkich lekarzy postępowych, tak specyjalistów, jak i zwykłych praktyków każe się spodziewać, że nakład rozejdzie się w krótkim czasie i zmusi do starania o drugie wydanie, w którém zapewne kolumna sumiennie zestawionych omyłek drukarskich przybierze skromniejsze rozmiary. *Dr. Schaitter.*

Patologija.

Schech (Mnichów): **O porażeniu nerwu zwrotnego.**

Niekiedy udaje się z całą dokładnością rozpoznać wziernikiem porażenie nerwu zwrotnego, nie można jednak często ani dobrze rokować ani podać przyczyny porażenia. Na tém większą uwagę zasługuje praca S. opierająca się na 42 przypadkach porażeń wymienionego nerwu. Między niemi przyczyną porażenia była choroba płuc 7 razy (gruźlica, zwyrodnienie włókniste, zropienie, zwapnienie lub zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych), wól 10 razy (u dwóch mężczyzn zmniejszył przypady chorobowe i wól sam jod wewnętrznie podawany), rak połyku 4 razy, nowotwór złośliwy wychodzący z płuca i śródpiersia trzy razy, tętniak tętnicy głównéj dwa razy (w jednym z nich nie było wiadomém, do czego porażenie odnieść, bo obok tętniaka istniał w śródpiersiu i torbiel skórzakowy stary), błonica przełyku raz, zapalenia krtani gośćcowo-nieżytowe 8 razy. Do niedawna (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1883) sam Schech nie chciał wierzyć w istnienie porażenia gośćcowego lub nieżytowego nerwu zwrotnego, obecnie przyznaje innym autorom słuszność, przekonawszy się aż w 8 przypadkach nietylko o jego istnieniu ale i o możności wyleczenia go, jeśli zarówno chory jak i lekarz są cierpliwi przynajmniéj przez 3—4 a nawet i 5 miesięcy. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 51). *Dr. Kraus.*

Arustamow: **Przypadek włoskowicy** (*leptothricosis*) **pęcherza moczowego.**

Przez *leptothricosis* rozumie autor, za przykładem prof. Afanasiewa, wszystkie przypadki chorobowe, których jedyną wspólną własnością jest to, że w miejscach chorych pośród innych gatunków prątków znajdują się w znacznie przeważającéj liczbie t. z. *leptothrices* t. j. długie nie rozgałęziające się laseczki. Liczba takich przypadków znanych w literaturze nie przewyższa 30. Choroba ta występuje w rozmaitych miejscach. I tak na migdałkach, na podstawie języka, w przesmyku gardzielowym, w krtani itd. występują białe plamy niebolesne, złożone z poruszających się laseczek W próchniejących zębach, w kamieniach zębowych, w kamieniach migdałków, gruczołów językowych, przewodu Wartona a także w niektórych kamieniach moczowych występuje zawsze *leptothrix.* W narządach moczopłciowych znajdowano również charakterystyczne długie laseczki. Takim właśnie jest przypadek podany przez autora. W powyższym artykule opisuje autor tylko kliniczną stronę *leptothricosis.* Chory 31-letni mężczyzna przebył kiłę przed 11 laty, a obecnie cierpiał na uwiąd rdzenia. Przed dwoma laty zauważył po raz pierwszy potrzebę natężania się przy oddawaniu moczu. Przypuszczając zwężenie cewki moczowéj wstawiano choremu stoczki. Lecz z biegiem czasu choroba się zwiększała, a przy wstąpieniu do kliniki było oddawanie moczu połączone z silnemi bólami. Zastosowano leczenie przeciwkiłowe, a pęcherz przemywano od czasu do czasu 5% rozczynem boraksu, co przynosiło znaczną ulgę. Chory nie zupełnie jeszcze wyleczony opuścił klinikę i odtąd nie miano o nim wiadomości. Przy badaniu moczu chorego okazało się, że mocz ten oddziaływa wybitnie kwaśno, zawiera dużo kryształków szczawianu wapniu, ciałek białych, mnóstwo nitek t. z. *leptothrix* i nieznaczną ilość koków. Ani białka ani cukru nie było. Cięż. gat. 1·019. W obecnym przypadku uwiąd rdzenia zaciemnia znacznie pochodzenie choroby pęcherza moczowego, ale w każdym razie przebieg jéj był dość charakterystycznym. Już samo spostrzeżenie, że wymywanie wodą borową przynosiło znaczną ulgę, wskazuje na charakter zakaźny choroby, a kwaśne oddziaływanie moczu zmusza do odrzucenia istnienia nieżytu pęcherza moczowego. Prawdopodobnie dostały się *leptothrices* w tym przypadku do wnętrza przy wprowadzaniu stoczków. (*Wracz*, 1888, Nr. 50). *A. W.*

(H. K.) Na posiedzeniu ginekologów w Wiedniu okazywał Breisky torbiel jajnika wydobyty drogą operacyjną u choréj dotkniętéj rozmiękczeniem kości. W przypadku tym wyłuszczył B. i drugi jajnik mimo, że był mało tylko chorobowo zmieniony opierając się na doświadczeniu własném, Fehlinga, Karola Brauna i Winkla (patrz *Przegl. Lek.*, 1888), na podstawie którego można śmiało twierdzić, że przedwcześnie sprowadzone lata zwrotu płciowego korzystnie bardzo wpływają na przebieg rozmiękczenia kości. (*Wien. med. Blätter*, 1888, Nr. 50).

Farmakologija.

Awtandiłow: **Porównawcze badanie działania suchych łazien i ciepłych napojów na wydzielanie się potu.**

Autor robił 72 doświadczeń na 12 zdrowych ludziach. Temperatura łaźni dochodziła do 45—50°C., badani pozo-

stawali w niéj dopóty, dopóki nie zaczynali czuć ciężaru w głowie. Za napój zaś używano gorący odwar ze suszonych malin. Wyniki, do których doszedł autor, są następujące. Przy działaniu suchych łazien stawały się uderzenia pulsu częstszemi najmniéj o 8—12 uderzeń na minutę, najwięcéj zaś o 20—28. Liczba oddechów zwiększała się na minutę o 2—4—6. Temperatura podwyższała się o 0·6 do 0·9°C. Utrata ciężaru ciała wynosiła 250—750grm. Natomiast przy użyciu 2—3 szklanek gorącego odwaru z malin podnosił się puls podczas pocenia się o 4—8—12 uderzeń. Ilość oddechów zwiększała się o 1—3. Temperatura w jednéj połowie przypadków podczas pocenia się podniosła się o 0·1—0·3°C., w drugiéj zaś połowie spadła o 0·2—0·4°C. Po przejściu jednak potów temperatura we wszystkich razach spadała o 0·2—0·5°C. w porównaniu do téj, która była przed poceniem się. Utrata na wadze wynosiła 148—600grm. Autor zbadał jeszcze zachowanie się parcia krwi przy działaniu wyż wymienionych środków. Okazało się, że takowe zawsze spadało, przyczém łaźnie suche wywoływały większy efekt niż napoje. (*Wracz*, 1889, Nr. 1 i 2). *A. W.*

(*H. K.*) Demme (Berno) **doświadczał na dzieciach działania nastoju** *strophantus hispidus* i doszedł do następujących wyników: Dzieciom niżéj lat 5 nie wolno tego leku podawać. Niekiedy sprowadza nawet u dzieci starszych przypady nieprzyjemne żołądkowe. Podawać należy najwyżéj 3 krople 4 do 5 razy dziennie. Ilość moczu dzienna powiększa się po podaniu *strophantus*, wzmacnia czynność serca u dzieci nie działając wcale u nich zbiorowo. W tych przypadkach, w których parcie w tętnicach jest prawidłowe lub podwyższone, nie działa. Przyzwyczajenia się do leku nie widział. Obrzęki ciała usuwa bardzo dobrze. W tych przypadkach, w których sam już nie działał, łączył go z naparstnicą. (*Jahresbericht des Jennerschen Spitals*).

Toksykologija.

Docent Wagner: **Przypadek zatrucia kwasem salicylowym.**

Kto raz widział obłęd opilczy, rozpozna go zapewne w każdym przypadku. Na odwrót zdarzają się przypadki otrucia różnemi przetworami lekarskiemi, które okazują obraz zupełnie podobny do obłędu opilczego (zatrucie kokainą, chloroformem itp.) (patrz Obersteiner: *Intoxicationspsychosen. Wiener Klinik.* Rocznik XII). Anamneza wtedy może się przyczynić do wyjaśnienia sprawy. Nie inaczéj działo się w następującym przypadku W.: 58-letniego czeladnika przywieziono na oddział obłąkanych jako podnieconego, zanadto wesołego, który widzi ciągle myszy i ptaki. Wywiady naprędce zebrane nie przynoszą nic szczególnego. Po kilku dniach stan zupełnie dobry. Rozpoznanie krótkotrwałego obłędu opilczego zdawało się nie ulegać wątpliwości, mimo że chory tylko parę kufli piwa miał wypijać dziennie. Niestosunek jednak ten był powodem, że starano się dokładniéj rzecz wyjaśnić; od krewnych dowiedziano się, że chory bardzo dużo moczu oddaje dziennie (7000—9000 sz.cm. w klinice) i że 2 dni przed opisanym napadem dał sobie zrobić w aptece lekarstwo z 12 gramów salicylanu sodowego; lekarstwo to powtórzył chory jeszcze raz a może i dwa razy. Dotychczas znano tylko i opisywano mniejszego stopnia przypady nerwowe po kwasie salicylowym, jak zawroty głowy, szum w uszach, przeczulicę skórną miejscową, nadczułość zmysłów, dziwne sny itp. Przypadek opisany poucza, że i do cięższych zaburzeń nerwowych przyjść może i że trzeba z kwasem salicylowym być ostrożnym. W. przypuszcza, że w tym przypadku może kwas salicylowy i moczówka prosta razem złożyły się na wybuch napadu obłędu, jak to opisali Ebstein i Bartels. (*Wien. klin. Woch.*, 1888, Nr. 38). *Dr. Kraus.*

Prof. Arpád Bókai (Budapeszt): **O nowéj odtrutce w przypadkach otrucia morfinem.**

B. doszedł w swych doświadczeniach do przekonania, że najlepszą odtrutką przeciw morfinowi jest pikrotoksyn. Pikrotoksyn i morfin działają przeciwnie na ośrodek oddechowy rdzenia przedłużonego, którego czynność pierwszy pobudza, drugi obniża. Ponieważ śmierć po morfinie następuje w skutek porażenia ośrodka oddechowego, pikrotoksyn zaś przeszkadza porażeniu wydechowemu, dla tego może ostatni odgrywać rolę środka życie ocalającego. W otruciu morfinem szybkie opadnięcie ciśnienia krwi może być bardzo niebezpiecznem, pikrotoksyn zaś drażni ośrodek naczynia zwężający rdzenia przedłużonego, przez co znosi działanie morfinu. W obec nadzwyczajnéj szkodliwości atropinu, szczególnie w większych dawkach, który dotychczas uważano za najodpowiedniejszą odtrutkę morfinu, wcale nie jest zbyteczne poznanie nowéj odtrutki. Autor przyrzeka podać bliższe wiadomości o tym przedmiocie. (*Orvosi hetilap*, 1889, Nr. 3). *Dr. R. Spira.*

Choroby wewnętrzne.

Rosenheim (Berlin): **O zaniku błony śluzowéj żołądka i jego raku.**

Wiadomo, że w przebiegu raka żołądka znika kwas solny albo przynajmniéj znajduje się go bardzo mała ilość. Na czém to polega nie jest dotychczas pewném. Kilka istniejących zapatrywań ma zarówno wielu zwolenników jak i przeciwników. R. starał się przyczynić się do wyjaśnienia téj spornéj kwestyi na podstawie poszukiwań anatomopatologicznych. Badał on zarówno za życia jak i po śmierci 16 przypadków żołądka, w 13 rak znajdował się w odźwierniku, raz w okolicy wpustu, dwa razy na krzywiznie mniejszéj. Po poprzedniém staranném przepłukaniu żołądka podawano śniadanie Riegla (400 gr rosołu, 50 gr. bułki, 60 gr. mięsa siekanego) a po upływie 4 godzin badano treść żołądka. W 14tu przypadkach nie znaleziono wcale wolnego kwasu solnego na szczycie trawienia, w jednym znajdował się tylko przemijająco, w jednym zaś wykazano nawet nadmierne wydzielanie się kwasu solnego. Pepsynę mógł zawsze wykazać zarówno jak Jaworski i Gluziński w swoich przypadkach. Na wydzielanie się kwasu solnego nie wpływa wcale postać raka, zarówno go nie ma w twardym i miękkim rozpadającym się raku. Nad przypadkiem, w którym kwas solny nawet nadmiernie się wydzielał mimo istniejącego raka zastanawia się R. bliżéj, w tamtych 14 mógł zawsze wykazać zmiany anatomiczne w błonie śluzowéj żołądka albo w postaci nieżytu, albo śródmiąższowego zapalenia jéj lub zaniku. W ostatnim razie błona śluzowa jest cienką, twardą, gładką i zawiera zaledwie szczątki gruczołów. W dalszym ciągu pracy zastanawia się R. nad zanikiem błony śluzowéj żołądka jako chorobą samoistną. Przypuszcza dwie postacie jéj: a to zanik błony śluzowéj z równoczesném zwyrodnieniem włóknistém całéj ściany żołądka i zanik błony śluzowéj saméj bez udziału innych warstw ściany żołądka. Do ostatniéj grupy dodaje dwa własne przypadki za życia i po śmierci badane, stanowiące cenny dodatek do przypadków Nothnagla, Quinckego i Jaworskiego. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52). *Dr. Kraus.*

Choroby nerwowe.

Prof. Benedikt (Wiedeń): **O późnych objawach nerwic urazowych.**

W pracy niżéj streszczonéj mówi autor o późnych objawach nerwic urazowych, które ze szkodą dla chorego nie występują zaraz po przypadku nieszczęśliwym na kolei, lecz daleko późniéj, tak że je trudno nawet w związek z przypadkiem samym wprowadzić a jednak od niego się zaczęły. Tu należą przedewszystkiem przypadki, w których parę lat po nieszczęściu kolejowém wykazuje się ścieśnienie samoistne pola widzenia, ślepota na barwy, a w których z czasem przychodzi do zupełnego oślepnięcia. Do téj publikacyi skłonił prof. B. następujący przypadek: U urzędnika poczty, który w r. 1886 doznał podczas zderzenia się pociągów tylko zawrotu głowy, wymiotów i który po trzech dniach oddawał się już swojéj pracy, wykazano w styczniu tego roku a zatém po 3 latach zapalenie brodawki nerwu wzrokowego (okulista Königstein), chód ataktyczny, podwyższenie odruchów kolanowych, nadto porażenie połowicze i skrzyżowane (*hemiplegia in paraplegico*), drżenie ręki lewéj przy ruchach zamierzonych, t. z. *crises gastriques.* Chory skarżył się nadto na ból głowy, osłabienie pamięci, upośledzenie widzenia. Liczy obecnie 39 lat. Po dokładném zbadaniu układu nerwowego prof. B. rozpoznał: *Periencephalitis diffusa, hemiplegia sinistra, paraplegia, ataxia hemilateralis et bilateralis;* po 6 tygodniowém elektryzowaniu nastąpiła taka poprawa w stanie chorego, że go już można było leczyć jako

chorego przychodzącego. Objawy obustronnéj niezborności i porażenie skrzyżowane ustąpiły, hemipareza się zmniejszyła. W przypadkach podobnych używa prof B z dobrym skutkiem *points du feu* tj. ignipunktury wzdłuż stosu kręgowego i jodu w większych dawkach. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52). *Dr. Kraus.*

Choroby umysłowe.

Prof. Demme (Berno): **O chorobach umysłowych po chorobach zakaźnych.**

Chłopiec 7½ lat liczący zupełnie zdrów przebywa zapalenie obustronne gruczołu przyusznego o średniém nasileniu choroby. Po 9 dniach choroba się skończyła. Niebawem zauważyła jednak matka, że dziecko stawia kilka razy dziennie te same pytania, że stało się smutniejszém i że z nauką idzie bardzo tępo; badanie całego ustroju nie wykazało nic szczególnego, za to były wybitne zmiany w mowie: dziecko się jąkało i zacinało przy wymawianiu niektórych głosek. Pobyt na wsi polecony przez prof. D., słone kąpiele, wzmacniająca dyjeta przywróciła chorego do dawnego stanu zdrowia. W kilka miesięcy potém przeszedł ten sam chory błonicowe zapalenie gardła i migdałków i z niego wyszedł, ale też i po niem przyszło do ostro rozwijającego się przytępienia umysłowego, jąkanie, pólidyjotyzm, brak łaknienia, agramatyzm powróciły w większym stopniu. Żelazo i to samo zachowanie się chorego jak poprzednio usunęły wszystko złe. Podobny przypadek widział prof. D. u dziewczynki po odrze. Stan chorobowy (umysłowy) utrzymywał się blisko 8 tygodni, poczém bezpowrotnie ustąpił. (*Wiener med. Blätter* 1888, Nr. 52). *Dr. Kraus.*

(*Dr. H. K.*) Do nielicznych przypadków **obłędu opilczego u dzieci** opisanych po raz pierwszy przez Demmego a następnie przez Maddena, Barlowa i Lyona dodaje w *Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52 Cohn własny przypadek spostrzegany w klinice prof. Hahna. Obłęd opilczy wystąpił w tym przypadku u 5 letniego chłopca tak samo jak u dorosłych osób po urazie w następstwie braku wyskoku podczas pobytu w klinice. Różnica pomiędzy napadem obłędu u tego dziecka a napadem u starych była tylko ta, że trwał zaledwo 24 godzin i wystąpił niedługo po urazie, podczas gdy u starszych trwa parę dni i poprzedzają go zwiastuny.

Chirurgija.

Docent Rosenberger (Würzburg): **Śródotrzewnowe umocowanie nerki wędrującéj.**

W r. 1881 podał i wykonał po raz pierwszy Hahn sposób umocowania nerki wędrującéj, który nazwał nefrorafiją tj przyszyciem nerki. Przedtém nerki takie zawsze wycinano. Wyniki jednak po wycięciu nie były dobre, umierało 37·5% operowanych. Przyszycie nerki okazało się o wiele lepszém; na 10 przypadków Brodeura umarła zaledwo tylko jedna osoba, na 17 Grossa również tylko jedna. Podczas gdy Hahn polecał cięcie wzdłuż bocznego brzegu mięśnia krzyżolędźwiowego w położeniu na bok i ucisnąwszy od powłok brzusznych nerkę spychał ją na swoje miejsce i tamże umocowywał za pomocą 8—10 szwów katgutowych, zaczynał R. cięcie na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżolędźwiowego i przedłużał je w kierunku do pępka o tyle, o ile mu do zabiegu potrzebném było. Ponieważ niekorzystném jest umocować nerkę zaotrzewnowo, tj. tam, gdzie nie ma dwóch blaszek otrzewny, któreby mogły się po operacyi zlepić i utrzymywać nerkę w nadaném położeniu, postanowił R. umocować ją wśród otrzewny, przyszyć do otrzewny ściennéj, przypuszczając, że to jest rzeczą obojętną, gdzie ona będzie leżała, byle tylko nie uciskała narządów sąsiednich. Ranę w powłokach brzusznych zaszyto po operacyi nie założywszy żadnych sączków ani gazy napawanéj środkami przeciwgnilnemi, chora po operacyi nie gorączkowała ani razu i ma się do dziś dnia zupełnie dobrze. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 50). *Dr. Kraus.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu tow. lek. berlińskiego przedstawił Köhler 35 letniego blacharza, u którego Bardeleben wykonał operacyję na żołądku, podaną przez Mikulicza, a wykonaną dotychczas tylko przez autora metody i Heineckego, przez każdego w jednym przypadku. Polega ona na rozcięciu odźwiernika w kierunku podłużnym a zeszyciu brzegów rany poprzeczném; światło zwężonego odźwiernika przez to się rozszerza. U chorego przedstawionego przez K. przyczyną zwężenia było otrucie kwasem solnym; objawy zwężenia bliznowatego wystąpiły w 14 dni po zamierzoném samobójstwie, a w ciągu 5 tygodni ciężar ciała spadł z 130 funtów na 76. W cztery tygodnie po operacyi przybytek na ciężarze 9 funtów, obecnie waży już 89 f. K. poleca tę metodę gorąco w obec zwężeń w odźwierniku samym z powodu blizn. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 42).

Choroby kobiece i położnictwo.

Heitzmann: **O używaniu wyciągów borowinowych Mattoniego w praktyce ginekologicznéj.**

Przy zalecaniu wyciągów borowinowych trzeba uważać przedewszystkiém na odpowiednie wskazanie i należyte zastósowanie. Skutek objawia się w silném pobudzeniu czynności skóry i obiegu krwi. Do kąpieli nasiadowéj wystarcza 1 kilogram. W ogóle jest korzystném w początku leczenia używać ich ostrożnie w mniejszéj ilości i w większych odstępach czasu. Podczas miesiączki i ciąży także kąpiele są przeciwwskazane. Wyjątkowo tylko można ich używać codziennie. Ciepła pora letnia więcéj się nadaje do tego leczenia, przy większéj oględności jednak można też w porze zimowéj używać sztucznych kąpieli borowinowych. Cieplota kąpieli ma wynosić według indywidualnéj potrzeby 20—30°R. Po kąpieli zaleca się oczyszczenie powierzchni ciała w celu ochronienia bielizny i wypoczynek co najmniéj przez godzinę. Co do wskazań, przytacza H. najprzód niedokrewność i błednicę, które bardzo się nadają do leczenia za pomocą całkowitych kąpieli borowinowych. W najrozmaitszych przypadłościach nerwowych, które obejmujemy nazwą macinnicy, można osiągnąć szybkie polepszenia i wyleczenie przez używanie tych kąpieli. Przeciwwskazane są one we wszystkich ostrych chorobach serca, płuc, naczyń krwionośnych i w sprawach zapalnych, przebiegających z podwyższoną cieplotą. Najstosowniejszemi są te kąpiele w przewlekłych chorobach narządu płciowego kobiet, np. w zapaleniu macicy. Miejscowe kąpiele wywołują miejscowe przekrwienie, przez co warunki krążenia w narządach miednicy, zwłaszcza macicy, się polepszają, równocześnie występuje przesiąkanie w tkankach stężałych, które stają się miększemi i podatniejszemi. Połączenie tych kąpieli z miesieniem zapewnia i powiększa ich skuteczność. W zboczeniach miesiączki, w przewlekłém zapaleniu jajnika, w nieprawidłowych położeniach macicy, o ile takowe zależne są od pozostałych wypocin lub zrostów po zapaleniach około i przymacicznych, osiągnąć można najpomyślniejsze skutki przez stosowanie kąpieli borowinowych razem z inném miejscowém leczeniem lub téż bez takowego. Skuteczne działanie w takich przypadkach polega na ułatwieniu i powiększeniu wessania wypocin i na skutecznym wpływie tych kąpieli na niedokrewność i osłabienie ciała. (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, 1888, Nr. 27 i 28.). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) W podręczniku swoim niedawno wydanym poleca Winckel **przeciw wcześnie rozpoznanéj ciąży zamacicznéj wstrzykiwania makowca** do worka płodowego, najpóźniéj do czwartego miesiąca trwania takowéj. W 5 przypadkach dał ten sposób leczenia dobry wynik. Do tych 5 dodaje Grossmann w Monachowie jeden własny, w którym po pewném rozpoznaniu ciąży zamacicznéj wstrzyknięto we śnie chloroformowym przez powłoki brzuszne 0·03 makowca strzykawką Pravaza uzbrojoną w długą igłę. Wprawdzie makowiec działał i na matkę, nie sprowadził jednak nieprzyjemnych następstw. W 14 dni potém powtórzono to postępowanie, poczém płód obumarł i uległ tak jak każdy płód wcześnie obumarły wessaniu. (*Münchener med. Woch.*. 1888, Nr. 50).

Choroby dzieci.

J. H. Brik (Wiedeń): **O niemożności zatrzymania moczu.**

Sprawa chorobowa w mowie będąca może być bierną albo czynną. W pierwszym razie wywołuje ją porażenie wypieraczów, zwyrodnienie mięśni pęcherza, przerost gruczołu krokowego, albo też znaczne zwężenie cewki moczowéj. W takich przypadkach pęcherz jest przepełniony moczem jak najwięcéj rozszerzony a tylko nadmiar moczu sączy się kroplami z cewki moczowéj. Moczenie t. z czynne może być mechaniczném, t. j. jeżeli zamknięcie pęcherza zostało unie-

możebnionem przez uwięźnięte ciała obce, kamyki, albo też jest następstwem przewlekłych spraw zapalnych dotyczących zdziergacza. Nareszcie zboczenia w unerwieniu zdziergacza sprowadzają często zwątlenie, potęgujące się aż do ciężkiego porażenia tego mięśnia. T. z. *enuresis* w ścisłém znaczeniu nazywamy mimowolne oddawanie prawidłowego moczu w obec niezmienionych narządów moczowych. We wcześniejszym wieku dziecięcym mocz i kał odchodzą nie sprawiając żadnych podmiotowych uczuć. Po pierwszym roku życia dzieci są już w stanie zatrzymać kał, a po pierwszém ząbkowaniu i mocz. Gdy więc w tym okresie dzieci przy zupełnie prawidłowym narządzie moczowym przecież nie są w stanie zatrzymać moczu, wtedy cierpią one na t. z. *enuresis*, która może być albo nocną (*E. nocturna*) albo dzienną (*E. diurna*) albo stałą (*E. continua*). Zdaniem Ultzmanna przyczyną tego cierpienia ma być niestosunek w unerwieniu między wypieraczami i zdziergaczem. Lecz nie ulega żadnéj wątpliwości, że w niemałéj liczbie przypadków takie zajęcie polega na nerwicach. Wiadomo, że dzieci, dotknięte padaczką albo strachem nocnym (*Night terrors*) albo innemi zboczeniami układu nerwowego ośrodkowego, doznają tego przypadu. *Enuresis* bywa też jednym z najwcześniejszych objawów cukrzycy u dzieci. Rokowanie i leczenie zależne jest od stosunków etyjologicznych. Przedewszystkiem trzeba starać się o usunięcie przyczyny, zwężenia, kamyków itd. W *enuresis* w ścisłém znaczeniu jest wskazane postępowanie wzmacniające, żelazo, chinin, arsen, zabiegi wodolecznicze, kąpiele rzeczne i morskie; wilcza jagoda i jéj przetwory również mają wywierać wpływ dobry. Według Ultzmanna najodpowiedniejszém w takich przypadkach jest leczenie elektryczne. W tym celu używa przyrządu saneczkowego Du Bois Reymonda w taki sposób, że jeden biegun metalowy wprowadza do prostnicy a drugi stawia na międzykrocze. (*Intern. klin. Rundschau*, 1889, Nr. 3). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) W czasopismach niemieckich często można się spotkać z zachwalaniem przez lekarzy amerykańskich **wziewań pary rtęciowéj przeciw błonicy**. Obecnie znowu poleca je gorąco Corbin (Brooklyn) w *New-York Med.-Journal*. Od kilku lat stosuje je wyłącznie w błonicy i krupie gardła i krtani z dobrym skutkiem. Nad łóżkiem rozpina się kawał sukna lub płótna w postaci namiotu, nad lampą wyskokową paruje się 3—5gr. tlenku rtęci, poczém się dziecko pod namiotem kładzie w łóżku. Jeśli poprawa nie nastąpi zaraz, należy to postępowanie powtórzyć po 2—4—6 godzinach. Rothe w Altenburgu potwierdza w zupełności podania Corbina; zamiast tlenku rtęci używał nieraz i pary kalomelu. (*Wiener med. Blätter*, 1888, Nr. 48).

Okulistyka.

Gillet de Grandmont: **Operacyja czynnościowego podwinięcia powieki.**

Czynnościowém nazywa autor podwinięcie powieki dolnéj u starców, powstałe skutkiem kurczenia się mięśnia obrączkowego powiek. Autor usuwa je za pomocą przewiązek poziomych twierdząc, że w leczeniu tego zboczenia zawodziły go wszelkie przeciw podwinięciu powiek w ogólności zalecane sposoby. Do wykonania operacyi potrzeba trzech nitek przysposobionych antyseptycznie, których każdy koniec nawleka się w igłę krzywą. Obie igły nitki pierwszéj wbija się na dnie dolnego załamka spojówki w odległości 6 do 8mm. jednę od drugiéj a wykłuwa się je o 3 do 4mm. jednę od drugiéj przez skórę w oddaleniu 3 do 4mm. od wolnego brzegu powieki. Tutaj związuje się końce nitki silnie. Uskuteczniwszy to samo dwiema dalszemi nitkami, tak żeby wszystkie wyszły w téj saméj linii równoległéj do brzegu powiekowego i utworzyły małą bruzdkę taką, jaka w tém miejscu u starców w stanie prawidłowym istnieje, usuwa się natychmiast podwinięcie, które nawet przy silnym skurczu mięśnia obrączkowego powiek nie powraca. Nitki przysposobione antyseptycznie za pomocą sublimatu przebywać mogą z górą dwa miesiące w tkaninach nie wywołując zadrażnienia; odpadają one same od siebie nie pozostawiając blizn, lecz można je usunąć wcześniéj upewniwszy się, że skóra poprzyczepiała się do głębszych części powieki. (Pomysł téj operacyi nie jest zupełnie nowym, lecz raczéj odpowiedniém zastosowaniem do leczenia podwinięcia sposobu, który Snellen podał jeszcze w roku 1872 celem usunięcia wywinięcia powieki dolnéj. Sprawozd. Przegl. Lek.). (*Recueil d'Ophthalmologie* Styczeń 1889). *Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 5te z dnia 20 lutego 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 39.

1. Przewodniczący przedstawia Towarzystwu doktorów: Zdzisława Szydłowskiego, Stanisława Momidłowskiego, Jana Opieńskiego i Wiktora Nattera do przyjęcia w poczet członków czynnych; wszystkich jednogłośnie przyjęto.

2. Kol. Bossowski przedstawia dwóch chorych, operowanych w klinice chirurgicznéj, u których wykonano autoplastykę według metody Maasa. U jednego z chorych uskuteczniono transplantacyję z powodu ubytku powstałego na grzbiecie ręki po flegmonie, wikłającéj ranę postrzałową. U drugiego rozległy ubytek po wycięciu głęboko drążącego mięsaka dał powód do autoplastyki. W obu przypadkach wycięto płat ze skóry brzucha w kierunku przebiegu naczyń i po częściowém zespojeniu go szwami z brzegiem ubytku osłonięto szypułę płatu gazą nasmarowaną maścią borową, aby ją ochronić od wysychania. Po założeniu opatrunku antiseptycznego unieruchomiono całą odnogę, pod kątem prostym w łokciu zgiętą, układając rękę na brzuchu i ustalając ją wraz z przedramieniem stósownym opatrunkiem z waty, opasek miękkich i organtynowych. W jednym przypadku przecięto szypułę po upływie dni 11, w drugim po 12 dniach. Podczas gdy w jednym przypadku płat przygoił się bez żadnych zaburzeń, w drugim nastąpiło przybrzeżne obumarcie płatu, i tam aż dotąd wązki pasek ziarniny się utrzymuje. Zresztą w obu przypadkach płaty są elastyczne, przesuwalne, i oddziaływają na wrażenie bólu prawidłowo. Wrażenie ciepła i zimna, jakoteż czucie dotykowe, jest jeszcze upośledzone. Lokalizacyja i przewodnictwo w obu przypadkach prawidłowe.

3. Kol. Krokiewicz okazuje preparat pierwotnego *adenocarcinoma* trzustki, które utworzyło mnóstwo przerzutów w organach wewnętrznych, oraz preparat jelit, dotkniętych na błonie śluzowéj zapaleniem dławcowém, w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.

4. Kol. Obaliński zdaje krótko sprawę ze swéj pracy „O wtórorzędnéj niedrożności jelit“. W dyskusyi zabierają głos koledzy: Zaręba, Browicz, Gluziński, Sondermayer, Bossowski, przewodniczący i prelegent.

5. Kol. Gluziński mówi o następstwach rzeżączki w postaci ostrych zapaleń osierdzia i śródsierdzia, z następowém wytworzeniem się niedomykalności zastawek. (Rzecz ta umieszczoną jest w „Przeglądzie Lek.“). Dyskusyję nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz,

Dr. Bukowski.

V. Z III Zjazdu lekarzy rosyjskich w Petersburgu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Sekcyja chorób usznych i gardlanych.

Dr. Żyrmuński. „Przyczynek do etyjologii i uleczności chronicznego nieżytu nosa“. Przyczyny procesu zanikowego w muszlach nosowych i swoistéj obrzydliwéj woni dotychczas nie są jeszcze objaśnione dokładnie. Autor w części wyjaśnia tę kwestyję. Tak obserwował on podobny nieżyt u kilkorga dzieci z jednéj i téj saméj familii, i to naprowadziło go na myśl, że za przyczynę téj choroby u dzieci można uważać wrodzoną anomaliję muszli nosowych, które są bardzo małe, jakoteż wrodzoną ścienczałość błony śluzowéj. Nienormalna błona śluzowa daje nieprawidłową wydzielinę, która łatwo wysycha i ulega rozkładowi dzięki mikrobom, być może nawet swoistym, znajdującym w téj wydzielinie odpowiednią glebę dla swego rozwoju. Za przyczynę zaś takiego nieżytu u osób dorosłych uważa autor przewlekły nieżyt, połączony z początku z przerostem, a następnie z zanikiem błony śluzowéj. Wyleczenie jest możliwém tylko w wieku dziecięcym, przez wymywanie jamy

nosowej rozczynem sody, soli kuchennéj i kwasu salicylowego. U dorosłych zaś choroba jest nieuleczną.

Sekcyja chorób ocznych.

Dr. Lubiński. „O wpływie oświetlenia elektrycznego na oczy osób, zajętych wytwarzaniem tegoż“. Autor obserwował do 30 takich przypadków, przeważnie u oficerów. Zwykle w 10—14 godzin po pracy nad światłem elektryczném uczuwali chorzy silny ból w oczach, które były „jakby przysypane piaskiem“, silne łzawienie i światłowstręt. Dolegliwość trwała zwykle koło 1½ godziny i przechodziła bezpowrotnie. Badanie wykazywało obrzęk powiek, przekrwienie gałki ocznéj i nastrzykanie naczyń okołorogówkowych. Ruchy boczne ócz były bolesne. U jednego chorego wystąpił równocześnie rumień na twarzy. Leczenie podczas napadów: okłady zimne, kokaina i wewnętrznie wodnik chloralu. Autor nadaje téj chorobie nazwę *ophthalmia photoelectrica*.

Podsekcyja bakteryjologii.

Dr. Arustamow. „Przyczynek do kwestyi pochodzenia i bakteryjologii klinicznéj zapalenia płuc krupowego“. Na podstawie badania bakteryjologicznego plwocin u 50 chorych przyszedł autor do wniosku, że prawdziwą przyczyną choroby jest diplokok Fraenkla-Weichselbaumа. Diplokok ten, hodowany na rozmaitych pożywkach, prędko traci swój złośliwy charakter i bez przeniesienia ginie po 8—9 dniach. Ale nawet śród najdogodniejszych warunków nie żyje dłużéj nad 3 tygodnie. Ze względu na te własności trzeba szukać tego diplokoku we wczesnych okresach zapalenia płuc i wtedy w ciągu 3—4 dni choroby zawierają plwociny prawie wyłącznie tylko ten jeden mikroorganizm, podczas gdy późniéj przyłączają się do niego i prątki Friedländera i prątki gnilne. Diploki Fr.-W. słabną z każdym dniem choroby tak pod względem jadowitości, jak i zdolności do życia a po przełomie giną zupełnie. Tymczasem bakteryje gnilne, jako więcéj odporne, żyją daléj w chorobowo zmienionych płucach. Z tego wynika, że za pomocą badania samych tylko trupów nie można ostatecznie rozstrzygnąć natury zapalenia krupowego płuc.

Dr. Besser. „Mikroby dróg oddechowych“. Autor zbadał u osób zdrowych i wyzdrawiających zawartość jam nosowych (81 przypadk.), oskrzeli (10) i zatok czołowych (5) co do obecności mikrobów. Oprócz zatok czołowych znalazł we wszystkich innych miejscach mikroby. Z chorobotwórczych: 14 razy *diplococcus pneumoniae*, 14 *staphylococcus pyogenes aureus*, 7 *streptococcus pyogenes* i 2 razy, *bacillus pneumoniae* Friedländera. Ztąd wnosi B., że organizmy chorobotwórcze są niemi dla człowieka tylko warunkowo.

Sekcyja anatomii patologicznéj.

Dr. Uskow. „Rozpoznanie duru plamistego“. Rozpoznanie duru plamistego na trupie jest daleko trudniéjszém, niż na żywym człowieku i dla tego proponuje autor następującą cechę. W wielu przypadkach téj choroby zauważył on zmianę szpiku kostnego żółtego na czerwony. Przyczém w takim szpiku istniała zawsze znaczna ilość dużych komórek zawierających szczątki ciałek czerwonych.

Dr. Winogradow. „Zmiany w przewodzie pokarmowym i innych narządach w zatruciu kwasami mineralnemi“. Autor zbadał 10 takich przypadków, przyczém najczęstszém było zatrucie kwasem siarkowym, następnie azotowym i wreszcie solnym. Badając ścianę przewodu pokarmowego obserwował zaczopowanie naczyń błony śluzowéj przez ciałka czerwone, które stopniowo się odbarwiały i zamieniały w rozgałęziające się cylindry szkliste. W procesie zwyrodnienia szklistego przyjmowały udział i ściany naczyń. Dla przekonania się, że zwyrodnienie to jest reakcyją życiową tkanek, wstrzykiwał autor kwasy do żołądka trupa i nie otrzymywał takich zmian. W naczyniach większych, bardziéj oddalonych od powierzchni błony śluzowéj, a zatém i od działania kwasu, znajdował on obrączkę szklistą, przylegającą do ścian naczynia, która powstawała prawdopodobnie ze szklisto zwyrodniałego skrzepu krwi w skutek nierównomiernéj szybkości prądu. W wielu narządach (nerkach, wątrobie, mózgu, śledzionie i płucach) znajdował zatory, a w śledzionie i nadmierne odkładanie się barwika. Wreszcie znalazł w komórkach większéj części narządów zwyrodnienie białkowate.

Sekcyja chirurgiczna.

Dr. Sołomka. „Materyjał dla oceny wysokiego cięcia kamieni moczowych“. W pracy téj godnym uwagi jest materyjał statystyczny podany przez autora. A mianowicie w Rosyi wykonano wszystkiego 486 podobnych operacyj. Operacyje można rozdzielić na 2 grupy: 62 przypadki przed używaniem antiseptyki i 424 z zastósowaniem téjże. W pierwszéj grupie umarło 23, to znaczy 37,1%. Przyczyny śmierci: zapalenie otrzewny (6 prz.), zapalenie okołopęcherzowe i otrzewnowe (3). zapalenie miedniczek i nerek (2), itd. Odjąwszy przypadkowe przyczyny śmierci otrzymamy 30,6%. W drugiéj grupie umarło 59, tj. 13,91%. Przyczyny śmierci: zapalenie otrzewny (7), zapalenie miedniczek i nerek (9), mocznica (5), róża (2), zapalenie nieżytowe płuc (2) itd.

Sekcyja farmacyi i farmakognozyi.

Pel. „Falsyfikacyje lekarstw, obserwowane w ostatnich czasach“. Autor wyliczył 52 środków leczniczych, których fałszowanie on sam lub téż inni obserwowali. Przytém fałszowano często w ten sposób, ażeby środek jaki odpowiadał wymaganiom farmakopei, jak np. mięszano jodoform z 30% kwasu pikrynowego itp.

Sekcyja neurologii.

Noiszewski opisał przyrząd własnego wynalazku, nazwany przez się elektroftalm-cyklop. Przyrząd ten ma na celu ludziom zupełnie ślepym dać możność rozróżnienia światła i oznaczania położenia świecącego przedmiotu za pomocą poczucia ciepłoty i miejsca. Nie jest to nic innego, jak *camera obscura*, któréj tylna ścianka (przylegająca do skóry) składa się z 3 warstw. 1a warstwa jest cienką siatką metaliczną, umocowaną w oprawie metaliczné̇j, która się łączy z przyrządem elektrycznym. 2a warstwa jest cieńką blaszką selenową, wstawioną w téż samą oprawę i ściśle przylegającą do siatki metaliczné̇j. Wreszcie 3cia warstwa, bezpośrednio dotykająca skóry, składa się ze złotych izolowanych pręcików ułożonych w postaci gęstéj szczotki i dotykających jednym końcem blaszki selenowéj, drugim zaś skóry. Pod wpływem światła padającego na jakąkolwiek część blaszki selenowéj zaczyna ta ostatnia przewodzić w tém miejscu prąd, idący stale przez siatkę metaliczną i ogrzewać pręciki przytykające do téj części. W ten sposób zjawienie się ciała świecącego daje się odczuć za pomocą czucia ciepła, przyczém zwiększenie się płaszczyzny tego czucia będzie wskazywało zbliżenie się przedmiotu i odwrotnie. Przesuwanie się zaś tego czucia będzie świadczyło o przesuwaniu się ciała świecącego w kierunku odwrotnym. Autor wybrał gładzinkę, jako miejsce dla umieszczenia swego przyrządu, ponieważ okazała się ona jedną z najczulszych części ciała w tym względzie.

Na ogólném zebraniu 10 stycznia uchwalił Zjazd wnioski, podane przez poszczególne sekcyje. Na tém zebraniu odczytano kwestyje podane przez sekcyje dla rozpatrzenia na przyszłym IV zjeździe. Ciekawsze z nich podajemy. 1. Postanowiono starać się o zaprowadzenie wykładów higijeny w wyższych szkołach technicznych i w zakładach naukowych, kształcących pedagogów; oraz o obowiązkowe dla personalu nauczycielskiego w wyższych i średnich zakładach naukowych składanie egzaminu z higijeny szkolnéj. 2. Podsekcyja chorób gardłowych i usznych wyraziła życzenie, ażeby w uniwersytetach wykłady chorób usznych i gardłowych były traktowane obszerniéj, niż dotychczas, i ażeby dla tych chorób urządzono oddziały w szpitalach nietylko w uniwersytetach, lecz we wszystkich większych miastach. 3. Sekcyja medycyny społecznéj uznała za rzecz pożądaną, ażeby chroniczni chorzy, znajdujący się w szpitalach, zostali z nich wypisani i leczeni jako przychodzący. Do szpitalów zaś należy przyjmować tylko chorych na choroby ostre i zakaźne, lub téż w celu wykonania operacyi. Nieuleczonych należy odsyłać do domów inwalidów i dobroczynności. Po pożegnalném przemówieniu prof. Erismana i Krasowskiego zamknięto III Zjazd lekarzy rosyjskich. (*Wracz* 1889, Nr. 2, 3, 4 i 5). *A. W.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Mosler (Greifswald): **O nadużywaniu wyskoku.**

Kiedy można mówić o nadużywaniu wyskoku a kiedy się kończy prawidłowa miara używania go? Oto pytania, które prof. M. na wstępie sobie czyni, na które jednak w ciągu całéj pracy nie odpowiada. Stara się za to w inny sposób wykazać, jak wyskok szkodzi, ile osób młodych niewątpliwie przetrzymałoby choroby zakaźne przypadkowe, ile mniéj mielibyśmy umysłowo chorych, ile mniéj udarów mózgowych i sercowych przedwczesnych. Na 100 przypadków umysłowo chorych przypuszcza M. 40 z nadużywania wyskoku. Jak wpływa nadużywanie wyskoku na potomstwo, wyświeca prof. M. przytaczając doświadczenia Maireta i Combemalego, którzy ciężarnéj suce wstrzykiwali w dużéj ilości wyskok, z 12 potomstwa urodziło się nieżywych 2, a reszta zginęła w ciągu 65 dni życia. U wszystkich znaleziono przy sekcyi wybitne następstwa zatrucia wyskokowego. Inne podobne doświadczenia wykonane na kilku pokoleniach różnych zwierząt dały mniéj lub więcéj te same wyniki. Podatki wprawdzie już duże nałożone na wyskok, są jeszcze, zdaniem prof. M., małe, i wcale jeszcze nie widać w Niemczech zmniejszania się jego sprzedaży. Inaczéj rzecz się ma w Szwecyi, gdzie przed 50 laty przypadało na jedną osobę 54 litrów wyskoku, obecnie przypada zaledwie 8 litrów rocznie. W końcu zarzuca prof. M. lekarzom praktycznym, że za mały biorą udział w kampanii przeciw nadużywaniu wyskoku prowadzonéj przez niektóre stowarzyszenia humanitarne a skutecznie i zbawiennie działające jedynie w Szwajcaryi. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 47). *Dr. Kraus.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 marca. Na wniosek uczyniony przez Wydziały lekarskie w Budapeszcie i Kołoszwarze Minister Oświecenia w Węgrzech zgodził się w zasadzie na urządzenie w tych Wydziałach kursu dentystycznego, aby uczniowie medycyny i lekarze mieli sposobność kształcenia się w dentystyce i technice dentystycznéj. O ile wiemy i w naszym Wydziale poruszono myśl proszenia Ministerstwa o zezwolenie na otworzenie zakładu dentystycznego w Krakowie. Potrzeby takiego zakładu, wyłącznie dla słuchaczów medycyny i lekarzy przeznaczonego, dowodzić chyba nie potrzeba. Do niedawna uczniowie nasi nie byli pozbawieni całkiem możności zapoznania się z dentystyką; odkąd jednak docent téj gałęzi lekarskiéj złożony został ciężką niemocą, nauka ta zupełnie leży u nas odłogiem. Wprawdzie Wydziałowi służy prawo egzaminowania kandydatów i wydawania dyplomów na magistra dentystyki, ale kandydaci nabywać muszą wiedzy poza granicami kraju a nawet państwa, co dla nich z wielkim połączone jest wydatkiem. Spodziewać się należy, że Ministerstwo nie sprzeciwiłoby się urządzeniu i u nas takiego zakładu czy kursu, a to tém mniéj, o ile zakład taki nie wymagałby wielkiego nakładu, a stałoby się zadość rzeczywistéj potrzebie, ponieważ pomijając już kształcenie specyjalistów, to przecie uczniowie nasi mają prawo domagać się, aby dana im była sposobność poznania gałęzi dla każdego lekarza praktykującego na prowincyi, gdzie specyjalistów nie ma, koniecznie potrzebnéj.

* Kursa przygotowawcze dla kandydatów do egzaminu fizykackiego rozpoczną się d. 26 bm. i potrwają aż do rozpoczęcia się egzaminu.

* Z pikniku lekarskiego, urządzonego w d. 2 bm., pozostała kwota 71 zł. a., które z rąk kol. Gluzińskiego otrzymała redakcyja z przeznaczeniem dla funduszu wdów i sierot po lekarzach przy Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie istniejącego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Breisky z powodu choroby otrzymał urlop kilkomiesięczny i zastępować go będzie asystent Dr. Lihotzky. — Prof. Nothnagel otrzymał tytuł radcy dworu. — **Berlin.** Prof. Bardeleben święcił d. 1 marca 70te swe urodziny. — **Budapeszt.** Prof. Babes już od roku bawiący w Bukareszcie, prosił o uwolnienie od obowiązków profesora histologii i bakteryjologii. — **Monachijum.** Asystent Dr. Issmer habilitował się jako docent chorób kobiecych. — **Bazyleja.** Dr. Burckhardt habilitował się jako docent chirurgii. — **Dorpat.** Asystent Dr. Zoege-Manteufel habilitował się jako docent chirurgii.

* **Odznaczenie.** Król włoski zamianował 5 lekarzy senatorami; tymi są Cantani, Durante, Minich, Secondi i Todaro.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Tadeusz Mayzel z Zagajowa i Kazimierz Mieroszewski z Czech w Król. Polskiém.

* **Nekrologija.** W Gera umarł prof. fizyjologii porównawczéj w Jenie Dr. Krukenberg, jak przypuszczają, w skutek samobójstwa. — W Budapeszcie umarł psychijatryk Dr. Schwartzer. — We Wrocławiu umarł d. 4 bm. Dr. Ryszard Gscheidlen, nadzw. profesor fizyjologii i redaktor dwutygodnika lekarskiego wrocławskiego, licząc lat 45.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Jawdyńskiego: Życiorys śp. Orłowskiego; Elsenberga: Grzybek parcha (dok.). — W *Medycynie* Nr. 10: Adamkiewicza: Porażenie połowicze postęp. nn. mózgowych. — W *Wiadomościach Lek.* Nr. 7: Stachiewicza: Rokowanie w gruźlicy płuc; Bogdanika: Szkice herniologiczne (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w dniu 20 marca **w sali wykładowéj prof. Blumenstoka** zwyczajne posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem kol. Gluzińskiego; 2) Wykład kol. Marsa „O nowym sposobie wydobywania porodu za pośladki“; 3) Wykład kol. prof. Browicza „Demonstracyja preparatów patologiczno-anatomicznych.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 23 Marca 1889. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk.**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza w Krakowie.

Dwa przypadki niedrożności przewodu pokarmowego u płodu.

I. Skręt uchyłku Meckela (*Torsio diverticuli Meckeli*) z następową niedrożnością i pęknięciem jelita cienkiego u płodu.

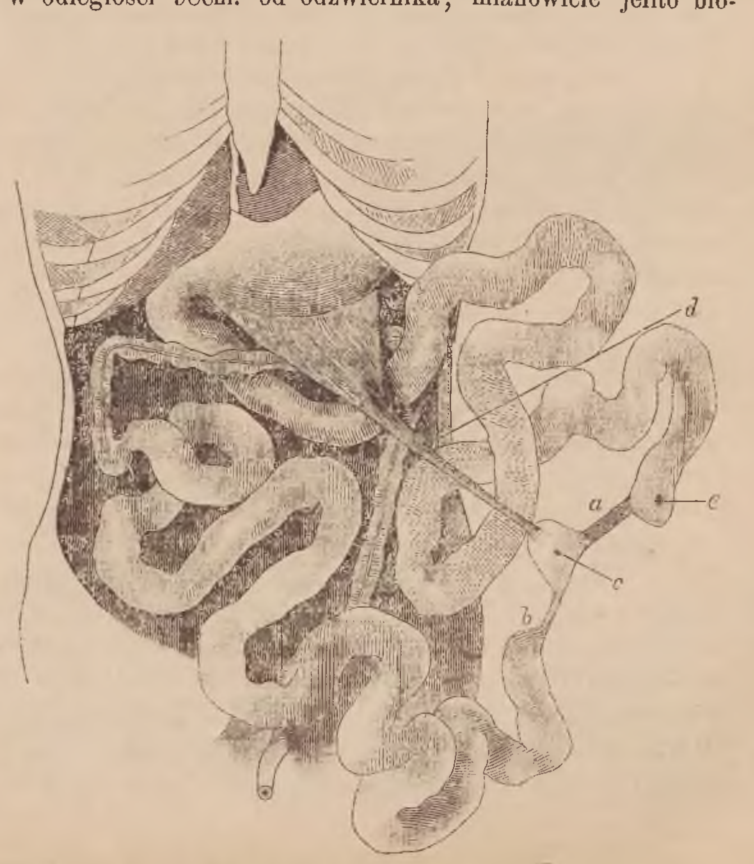
Podał
Dr. Antoni Krokiewicz
asystent.

Płód płci męskiéj, długości 49cm. Ciężar jego wynosi 3300grm. Pępowina utrzymana, nie odcięta, połączona z łożyskiem, prawidłowa. Na skórze głowy, tułowia i odnóg liczne plamy pośmiertne. Przedgłowia brak. Na brzuchu skóra okazuje plamy zielonkowate od poczynającego się gnicia. Sklepienie czaszki symetryczne. Kostnienie odpowiednie wiekowi. Opona twarda w ścisłym związku z czaszką, na blaszce wewnętrznéj gładka, silnie przekrwiona, zwłaszcza w częściach tylnych i dolnych. Opona miękka silnie przekrwiona. Mózg wiotki, galaretowaty, bardzo silnie przekrwiony. Na podstawie czaszki zmian nie ma.

Tkanka śródpiersia wiotka. Ułożenie trzew w klatce piersiowéj prawidłowe. Jamy surowicze, t. j. obie opłucnowe jak i osierdziowa zawierają prawidłową ilość cieczy jasnéj, czystéj, bursztynowo-żółto zabarwionéj. Opłucne gładkie, cienkie, lśniące, połyskujące, jednostajnie przekrwione. Płuca przedstawiają stan niedodmy płodowéj, są wiotkie, bezpowietrzne, w wodzie toną.

Osierdzie prawidłowe. Serce nie przedstawia zboczeń. Komórka prawa w tym samym stopniu rozwinięta co i lewa. Obie zawierają mierną ilość krwi płynnéj. Przewód Botala otwarty.

W jamie brzusznéj znaczna ilość treści ciągnącéj się, zielonkowatéj, mazistéj, okazującéj cechy mikroskopowe i makroskopowe smółki. Na otrzewnéj tak ściennéj jak i jelitowéj rozległe pokłady mas żółtawo zielonych, w powierzchownych warstwach soczystych, miękkich, w głębszych suchszych, białawych. Warstwy powierzchowne okazują pod drobnowidem smółkę, podczas gdy głębsze składają się z mas włóknika bezpostaciowego. Szczególnie cała wątroba jak i śledziona jakby oblepiona takowemi. Otrzewna tak ścienna jak i trzewowa po usunięciu powyższych pokładów w wielu miejscach przyćmiona, silniéj nastrzykana, zresztą gładka, lśniąca połyskująca, blado różowa. Żołądek w położeniu płodowém. Jelito czcze i początek jelita biodrowego na długości 98cm. przerzucone na stronę prawą jamy brzusznéj ponad siecią zwiniętą postronkowato, (zob. ryc. *d.*) która jest przyrośnięta częścią obwodową do odcinka niedrożnego jelita cienkiego w odległości 102cm. od odźwiernika na ścianie przodkowéj. Po odwróceniu téjże części jelita i przywróceniu stosunków prawidłowych widoczna jest przerwa jelita cienkiego w odległości 98cm. od odźwiernika, mianowicie jelito bio-



drowe w górnéj części kończy się w témże miejscu ślepo i przechodzi na długości 1·5cm. w postronek lity łącznotkankowy (zob. ryć. *a*). Postronek ten łączy się następnie z odsznurowaną częścią jelita (zob. ryć. *c*), które swym szczytem lekko stożkowatym zwrócone jest ku przodkowéj ścianie jamy brzusznéj a podstawą ku krezce. Długość jéj wynosi 1·5cm. a podstawa 1cm. Na przodkowéj powierzchni téjże odsznurowanéj części jelita o wejrzeniu uchyłka widoczne jest przyczepienie części obwodowéj sieci powyższéj, postronkowato zwiniętéj. Budowa ściany okazuje utkanie jelita. Dolny koniec téjże części odsznurowanéj jelita biodrowego o wejrzeniu uchyłka, przechodzi za pomocą wąziutkiego kanału, (zob. ryć *b*), zaledwie dla cienkiéj sondydrożnego, wynoszącego do 2cm. długości, w dalszą część jelita biodrowego rozszerzonego. Dalsza część jelita biodrowego zajmuje przeważnie dolną część jamy brzusznéj. Długość jego wynosi 94cm. Całe jelito cienkie ma długą krezkę i jest bardzo ruchome. Pojedyncze pętle pozlepiane są ze sobą jużto smołką, jużto wypociną. Jelito grube okazuje przebieg płodowy, ma również długą krezkę i jest bardzo ruchome. Krezka jelita całego zupełnie prawidłowa. Całe jelito cienkie, zwłaszcza jego górny odcinek, t. j. powyżéj owego uchyłka, jest znacznie rozszerzone i nadmiernie smołką wypełnione, w mniejszym już stopniu dolny odcinek, t. j. poniżéj uchyłka, który również zawiera smołkę ale już nie w tak pokaźnéj ilości. W samym uchyłku ilość smołki jest skąpa. Obwód jelita cienkiego w górnym odcinku i to ponad zakończeniem się ślepém takowego wynosi 5cm. Obwód jelita biodrowego w dolnym odcinku, tuż poniżéj ujścia powyższego przewodu szczelinowatego doń, wynosi 4cm., podczas gdy w okolicy jelita ślepego 2·5cm.

W górnym odcinku jelita cienkiego, tuż powyżéj odsznurowania, bo na 1cm. od ślepego zakończenia takowego widoczny jest przodkowéj ścianie w miejscu najsilniejszego naprężenia otwór podłużny, (zob. ryć. *e*), szczelinowaty, z którego wydobywa się smołka. Długość jego dochodzi do 4·5mm., brzegi jego zupełnie gładkie, błona śluzowa w otoczeniu zupełnie prawidłowa. W dolnym odcinku, poniżéj przewodu szczelinowatego na 3cm., w miejscu gdzie przebieg jelita bardzo kręty i pętle znacznie rozszerzone, znajduje się nadpęknięcie, ograniczające się do błony śluzowéj, podśluzowéj i warstwy mięsnéj; w odległości zaś 5cm., t. j. na 2cm. poniżéj ostatniego widoczne jest podobne nadpęknięcie, lecz tylko w zakresie błony śluzowéj. Błona śluzowa zresztą w całém jelicie cienkiém nie przedstawia żadnego zboczenia. Całe jelito grube jest wąskie, o obwodzie 1·2cm., wypełnione mierną ilością śluzu gęstego, białego. Inne trzewa w jamie brzusznéj nie okazują żadnego zboczenia, jądra znajdują się w mosznach.

W przypadku powyższym spotykamy się z niedrożnością przewodu pokarmowego w zakresie jelita cienkiego i to prawie w połowie jego długości, na ograniczonéj przestrzeni. Nie ulega wątpliwości, iż niedrożność ta powstała dopiero około połowy życia płodowego, o czém świadczy obecność charakterystycznéj smołki w dolnym odcinku jelita cienkiego, zwężenie części poniżéj uchyłka, jakoteż trwający uchyłek. Ze wytworzenie się takowéj nie było wcale zależne od postronka utworzonego ze zwiniętéj sieci, zdaje się nie ulegać żadnéj wątpliwości, zważywszy stosunki anatomiczne w tym przypadku i warunki powstawania w ogóle niedrożności. Ze względu bowiem na obecność sieci postronkowato zwiniętéj i przyczepienia takowéj do przodkowéj ściany odcinka jelitowego należałoby się domniemywać, ażali ta niedrożność nie została wywołaną skutkiem mechanicznego pociągania szczytu jelita w miejscu przyczepienia się sieci ku żołądkowi, przez co mogłoby się wytworzyć załamanie *(infractio)* téj części jelita i następowe odsznurowanie jéj od reszty przewodu pokarmowego. Twierdzenie to atoli rychło upada, skoro zważymy, iż sieć w naszym przypadku przyczepioną była do pętli ruchoméj, w każdéj chwili z łatwością zmieniającéj swoje położenie, a załamanie jelita jedynie przy ustalonéj pętli wydarzyć się może. Również i zadzierzgnięcie (*strangulatio*) pętli jelitowéj w pierścieniu utworzonym z jednéj strony przez powyższą zwiniętą siec a z drugiéj przez podstawę krezki i pętlę jelitową i okręcenie takowéj około powyższego postronka nie mogło mieć miejsca, skoro ta sieć z powodu obwodowego przyczepienia się do pętli jelitowéj bardzo ruchoméj również nigdy nie mogła uledz zbyt silnemu napięciu, skoro niedrożność ogranicza się do odcinka jelitowego, o wejrzeniu uchyłka, na którego szczycie ku powłokom brzusznym zwróconym jest właśnie ta sieć przyrośnięta; skoro tenże uchyłek części górnéj kończy się ślepo a w dolnéj za pomocą kanału szczelinowatego przechodzi w dalszą część jelita biodrowego. W przypadku bowiem zadzierzgnięcia lub téż wsunięcia pętli jelitowéj w pierścień strangulacyjny i następowego okręcenia takowéj około postronka strangulacyjnego jelito odpowiednie musiałoby być przynajmniéj w dwóch miejscach zupełnie zaciśnięte a tém samém i w dwóch miejscach uledz zarośnięciu, czego nasz przypadek nie stwierdza. Obecność zatém sieci postronkowato zwyrodniałéj i przyczepienie się takowéj częścią obwodową do przodkowéj ściany odcinka jelitowego nie może nam tłumaczyć powstania niedrożności w naszym przypadku, jak to zresztą jasno wynika z obrazu anatomicznego i mechanizmu powstawania niedrożności, jest to rzecz czysto przypadkowa.

Również nie mamy podstawy do przypuszczenia, aby odsznurowanie powyższego odcinka jelitowego wywołane być mogło przez skręcenie się takowego około osi, wywołane zmianami w odpowiedniéj części krezki (*torsio*), skoro odpowiednia krezka zachowuje się zupełnie prawidłowo, nie okazuje żadnych zgrubień, jest zupełnie cienka i gładka, ruchoma. Podobnie nie mamy podstawy do przypuszczenia powstawania innych form niedrożności, któreby nam powyższą wadę utworową dokładnie tłumaczyły, jak przepuklin, wgłobień, skręceń jelita równolegle wraz z osią itd. Jedyny sposób racyjonalnego wytłumaczenia niedrożności jelita cienkiego i zarośnięcia takowego w naszym przypadku na przestrzeni ograniczonéj znajdujemy, jeśli uciekniemy się do saméj téjże części jelita odsznurowanego, o wejrzeniu uchyłka, którą téż za uchyłek Meckela uważać musimy, stojący pierwotnie w ścisłym związku z pępowiną zarodka. Uchyłek ten pod wpływem ruchów pępowiny, które mu się udzielały, ulegał skręceniu *(torsio)* wraz z sąsiednią najbliższą częścią jelita cienkiego około osi jelita, wywołując tém samém zaciśnięcie ramion pętli i niedrożność takowéj. Skutkiem długiego ucisku w punktach podstawowych skręconéj pętli przyszło tamże do zaniku ściany jelitowéj; w górném ramieniu, gdzie ucisk był znaczny, wytworzył się na miejscu jelita postronek lity łącznotkankowy, w dolném zaś, gdzie ucisk był mniejszy, utrzymał się jeszcze szczelinowaty kanał. Że ta część odsznurowana jelita cienkiego, do któréj szczytu przyrośnięta jest przypadkowo sieć postronkowato zrośnięta, odpowiada w zupełności typowemu uchyłkowi Meckela, przemawia za tém kształt takowéj, ułożenie jéj szczytem ku przodkowéj powierzchni jamy brzusznéj a podstawą ku kręgosłupowi, prostopadłe odejście od światła jelita ku przodowi jamy brzusznéj, utkanie jak ściany jelita. Jedynie tylko zbyt wysokie ułożenie, bo w połowie długości jelita cienkiego, mogłoby to twierdzenie nieco zakwestyjonować. Zwykle bowiem uchyłek Meckela u płodów znajduje się w odległości 25cm. powyżéj zastawki Bauhiniego na przodkowéj ścianie jelita biodrowego lub niżéj. Zważywszy jednak, że w literaturze opisane są przypadki (*Ziems-*

sens *Handbuch d. Krankheit. d. chylopoët. Apparat.*, str. 421) lokalizacyi uchyłka Meckela w jelicie czczém i na granicy między jelitem czczém a biodrowém, przypuszczenie nasze zyskuje na zupełności prawdopodobieństwa. Przypadek zatém nasz zasługuje w pierwszym względzie na szczególniejszą uwagę z powodu niezwykle wysokiéj lokalizacyi niedrożności przewodu pokarmowego u płodu i wywołania téjże niedrożności skrętem uchyłku Meckelego wraz z najbliższą sąsiednią częścią jelita biodrowego skutkiem udzielonych nadmiernych ruchów pępowiny, jak również z powodu bardzo wysoko ułożonego samego uchyłka Meckela. Zarośnięcia takie przewodu pokarmowego u płodów w zakresie jelita cienkiego należą w ogóle do rzadkich zjawisk spotykanych na stole sekcyjnym. (Leichtenstern). Występuje téż ono w jelicie cienkiém w miejscach predylekcyjnych: 1) w jelicie dwunastnicowém i to zazwyczaj w miejscu ujścia do niego przewodów żółciowego wspólnego i trzustkowego ponad poprzeczniczą (*mesocolon transversum*). Spowodowane jest ono najczęściéj przez błoniastą przegrodę, która odpowiada w zupełności zastawce Kerckringa nadmiernie rozwiniętéj; 2) w zakresie jelita biodrowego; lecz tu bardzo rzadko siedzibą atrezyi są górne i środkowe części takowego. Rychléj wydarza się zamknięcie światła jelita skutkiem obliteracyi w okolicy zastawki Bauhiniego lub jeszcze częściéj w wysokości 15cm. powyżéj takowéj, tam gdzie odchodzi przewód pępkowo-krezkowy (*ductus omphalo-mesentericus)*, gdzie już w prawidłowych warunkach ruchy pępowiny wpływają na ułożenie jelita (Kölliker. *Entwickelungs-Geschichte.* S. 360—363). W rzadkich przypadkach ruchy pępowiny udzielają się téj części jelita, z którego przewód powyższy wychodzi, wywołują skręcenie takowéj około osi i następowe zamknięcie światła i jego zarośnięcie. Inne atrezyje w jelicie cienkiém spowodowane są znaczną ruchomością płodową jelit w obec zrostów łącznotkankowych, wytworzonych po przebytém zapaleniu błony otrzewnowéj a prowadzą one niekiedy do wielokrotnych przerw łączności jelita cienkiego, jak np. w przypadku Schüppla, gdzie liczba ich wynosiła 10 (Leichtenstern. *Ziemssens Handb. d. K. d. chyl. App.*). Co się tyczy czasu, w jakim niedrożność w naszym przypadku powstać mogła, to należy przypuścić późniejszy okres życia płodowego, co najmniéj w 5ym miesiącu. Przemawia za tą okolicznością obecność smółki nietylko w górnym odcinku ale i w dolnym poniżéj uchyłku powyższego jelita biodrowego, jakotéż i zupełne wykształcenie krezki jelitowéj.

Ta niedrożność jelit powikłaną wreszcie została w naszym przypadku z pęknięciem ściany jelita zupełném w górnym odcinku, t. j. powyżéj uchyłka, i nadpęknięciami w górnéj części dolnego odcinka, t. j. poniżéj uchyłka. Pęknięcie to jak również i nadpęknięcie były świeże i spowodowane siłą czysto mechaniczną. Przemawiają zatém zupełnie świeże zmiany zapalne na otrzewny, brak wszelkich zmian chorobowych na błonie śluzowéj a w ogóle w ścianie jelita, zachowanie się brzegów pęknięć, które są gładkie, cienkie. Pod wpływem powyższego zarośnięcia górnéj części jelita biodrowego w późniejszym okresie życia płodowego smółka gromadziła się przeważnie w górnym odcinku i wywołała kolosalne rozszerzenie światła jelita, skoro obwód jego wynosił 5cm. Ściana zatém jelita w téjże części przewodu pokarmowego była najsilniéj napiętą i ścieńczałą. W dolnym odcinku rozszerzenie największe, bo o obwodzie 4cm., zajmuje górną część takowego. I tu ściana ścieńczała choć w mniejszym stopniu, a to także z powodu znaczniejszego nagromadzenia się smółki, nagromadzonej z powodu krętego przebiegu pętli, ułożenia takowych w dolnéj części jamy brzusznéj, ułożenia płodowego jelita ślepego i działania siły ciężkości. Obok działania mechanicznego smółki na ściany jelita nie był obojętny i wpływ akcyi porodowéj, która według wywiadów klinicznych a nawet i obrazu sekcyjnego, była bardzo ciężka, trwała 36 godzin, zakończyła się nietylko śmiercią płodu jeszcze w jamie macicy, ale pęknięciem szyjki macicy i śmiercią matki. Tak więc w przypadku naszym owe pęknięcia i nadpęknięcia wywołane zostały nietylko działaniem mechaniczném smółki ale i w znacznéj części skurczami porodowemi macicy. W dolnéj części górnego odcinka jelitowego, gdzie obwód doszedł do 5cm. a ściany najsilniéj były napięte i najbardziéj ścieńczale, nastąpiło całkowite pęknięcie na przodkowéj ścianie, bo we wszystkich warstwach, w wysokości 1cm. od ślepego zakończenia się w górnéj części dolnego odcinka, gdzie obwód był nieco mniejszy i napięcie mniejsze, wystąpiły tylko nadpęknięcia i to stosowne do stopnia prężenia albo na błonę śluzową, podśluzową i mięsną, lub téż na samą śluzową ograniczające się.

I pęknięcie takie jelita u płodów w czasie ciąży i porodu należą do bardzo rzadkich obrazów na stole sekcyjnym. W literaturze, która mi była dostępną, zaledwie zapisane są nazwiska Zillnera, Browicza, Paltaufa, którzy takie pęknięcia opisali u płodów jużto nieżywych, jużto dotkniętych asfiksyją. W przypadkach Zillnera pęknięcia ograniczały się tylko do jelita grubego, esowatego (*flexura sigmoidea)*, w przypadku Browicza do jelita zstępującego *(colon descendens)*, w przypadkach Paltaufa w ogóle do jelita grubego. Również rozmaite są zapatrywania ze względu na powstawanie takich pęknięć. Przypadek Browicza wykazuje, iż pęknięcie jelita wywołane zostało konfiguracyją odbytnicy i bezkrezkowością jelita grubego. W skutek ścisłego przylegania jelita grubego do ściany brzusznéj i kolankowatego zgięcia odbytnicy rozszerzenie się jelita w miejscu gromadzenia się smółki było niemożebném, a przynajmniéj ściany ulegały naprężeniu tak znacznemu, tak dalece, iż ostatecznie jelito pękło na przodkowéj ścianie. Pęknięcie to było czysto mechaniczne, nie zależne wcale od akcyi porodowéj macicy, gdyż objawiało się w postaci typowego otworu stolcowego wewnętrznego (*Anus praeternaturalis internus*), dawniéj wytworzonego, jak zatém zresztą i inne okoliczności przemawiały napotkane w jamie brzusznéj. Zillner odnosi powstawanie pęknięć jelitowych do ucisku wywołanego skurczem macicy na ciało płodu w czasie porodu. Badania zaś Paltaufa wykazały, iż w jego przypadkach pęknięcia zostały wywołane skutkiem zmian zapalnych w saméj ścianie jelita, wywołanych nadmierném gromadzeniem się smółki, podobnie jak się to może wydarzać w życiu pozapłodowém w przebiegu tak zwanéj zastoiny kałowéj.

II. W sprawie objawu Stoffeli i Pinsa.

W Nrze 8 Przegl. Lek. str. 92 zdano sprawę z artykułu Stoffeli p. t. *„Ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom bei Pericarditis“* pomieszczonego w Nrze 5. *Intern. klin. Rundschau.*

W Nrze 9 Przegl. Lek. str. 107 pomieścił uwagę kol. Widmann, że objaw podany jest tylko „pseudonowym wynalazkiem“ Stoffeli i Pinsa, bo już Gerhardt w swoim *Lehrbuch der Auscultation u. Percussion* na str. 268 o nim wspomina, wszystkie podręczniki o chorobach serca czynią

to od tego czasu, a kol. Widmann od 18 lat posługuje się nim w celach rozpoznawczych.

Z góry przyznać muszę, że w Nrze 8 Przegl. Lek. referent niedokładnie oddał myśl artykułu Stoffeli i że co do uwagi końcowej: „niezależnie od Stoffeli odkrył Pins ten sam objaw“, oparł się widać na notatce samego Stoffeli; z drugiéj strony i kol. Widmann występując ze swoją uwagą musiał oryginalnych ogłoszeń ani Stoffeli ani Pinsa nie przeglądać, jeżeli spostrzeżenia ich także identyfikuje i twierdzi, że „objaw polega na têm, że obszar poprzeczny t. z. stłumienia serca zmienia się przy zmianie położenia chorego z poziomu w pion i odwrotnie“ — rzecz w istocie dawno znana.

Nie krusząc kopii co do wartości samych objawów, li tylko dla obznajomienia czytelników Przegl. Lek., co właściwie objawem Stoffeli lub Pinsa nazwać można, chcę w krótkości spostrzeżenia ich opisać, opierając się co do Stoffeli na wyżéj wspomnianym artykule, co do Pinsa na sprawozdaniu z posiedzenia (21 stycznia b. r.) Tow. lek. wiedeń., na którém Pins miał wykład p. t. *Ein neues Symptom der Pericarditis.*

Objaw swój Stoffela tak opisuje:

„W przypadkach zapalenia osierdzia, w których można za pomocą opuku u chorego w pozycyi leżącéj wypocinę powyżéj podstawy serca wykazać, a więc jeżeli tam znajduje się wyraźny odgłos wypukowy przytłumiony to, gdy chory usiędzie, w miejscu stłumionego odgłosu **powyżéj podstawy serca** występuje zaraz odgłos mniéj lub więcéj jawny“.

Tłumaczenie, jakie Stoffela podaje dla tego objawu, opisano w Nrze 8 Przegl. Lek. str. 92.

Zupełnie w innym kierunku jest spostrzeżenie Pinsa i nie wiem, zkąd Stoffela a za nim referent, a za referentem kol. Widmann identyfikują spostrzeżenie jedno z drugiém.

Spostrzeżenie Pinsa jest następujące:

Jeżeli się opukuje z tyłu lewą stronę kl. piersiowéj chorego z wypociną osierdziową w pozycyi siedzącéj, to nieraz stwierdza się odgłos przytłumionobębenkowy od dolnego kąta łopatki ku dołowi przechodzący w stłumienie śledziony, a ku pasze albo w odgłos jawny od miąższu płucnego lub w stłumienie sercowe. To stłumienie jest najwybitniejsze w ograniczoném miejscu wielkości talara, leżącém 3 palce poniżéj kąta łopatki a 2 palce powyżéj dolnego brzegu płuca i tutaj słyszeć można oddech oskrzelowy, i stwierdzić wzmożenie drżenia kl. piersiowéj i przewodnictwa głosu. Gdy chory przechyli się ku przodowi, to badając po kilku minutach można stwierdzić, że obszar przytłumienia znacznie się zmniejszył, zamiast zupełnego stłumienia w ograniczoném miejscu wystąpił odgłos jawniejszy, a oddech oskrzelowy ustąpił miejsca oddechowi nieoznaczonemu. Najwybitniéj wystąpi ta przemiana tak objawów wypukowych jak i przysłuchowych, gdy chory z pozycyi siedzącéj jest w stanie przejść w położenie kolankowo-łokciowe; wtedy wypuk po kilku minutach staje się zupełnie jawnym, a oddech prawidłowym.

Objaw ten spostrzegał Pins między 3—6 dniem wypocinowego zapalenia osierdzia, a jeżeli sprawa się przewleka, to i dłużéj. Ustępował on z chwilą poprawienia się stanu chorego. Najczęściéj spotykał go u osobników młodych o delikanéj budowie i płaskiéj kl. piersiowéj.

Przyczyna tego objawu musi być naturalnie czysto mechaniczna. Nagromadzony w worku osierdziowym płyn wraz z sercem, które ku tyłowi opadło, cisną przy leżeniu chorego na wznak na dolny płat płuca lewego; wskutek czego takowe popada w niedodmę (*atelectasis*) a najmocniéj ta część, którą samo serce uciska. Ztąd na całym obszarze płatu dolnego lewego płuca odgłos przytłumiony, a najwybitniéj w miejscu uciśniętém przez samo serce, ztąd to ograniczone miejsce odgłosu zupełnie stłumionego, ztąd i oddech w têm miejscu oskrzelowy, a przewodnictwo głosu wzmożone. Gdy chory przegnie się ku przodowi, a jeszcze więcéj gdy przyjmie położenie kolankowo-łokciowe, wtedy ucisk na płuco znacznie się zmniejszy lub zupełnie ustaje, a płuco niedodmą dotknięte po pewném czasie powietrzem się wypełni, objawy zatém wypukowe i przysłuchowe muszą się zmienić.

To jest spostrzeżenie Pinsa. Zasada jego stara, dawna i wszystkim znana, że wypocina osierdziowa znaczniejsza doprowadzić może do niedodmy pewnéj sąsiedniéj części płuca podobnie, jak to czynią tętniaki tętnicy głównéj, guzy wychodzące ze śródpiersia i t. d. — zużytkowanie jednak téj staréj zasady do rozpoznania płynu w worku osierdziowym w sposób podany przez Pinsa jest nowe.

Dr. W. Antoni Gluziński.

Kraków d. 10 marca 1889 r.

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Arustamow: **Przyczynek do morfologii i bijologii włoskowca.**

Dotychczas nie ma jeszcze ścisłego określenia, co właściwie oznacza wyrażenie *Leptothrix.* Rozmaici autorowie podciągają pod tę nazwę najrozmaitsze postacie bakteryj posiadających tylko tę wspólną cechę, że są to laseczki mniéj lub więcéj długie. Przyczyną tego zdaje się są znaczne trudności, jakie przedstawia otrzymanie czystych kolonij *Leptothrix.* Głównem zadaniem autora było otrzymanie takich czystych hodowli i ustalenie pojęcia i gatunków *Leptothrix*, na podstawie ich morfologicznych i bijologicznych własności. Autor oznaczył dotychczas 2 gatunki *Leptothrix.* Pierwszy gatunek otrzymał on z moczu chorego na *Leptothricosis* pęcherza moczowego (przypadek ten z klinicznéj strony był już opisanym). Są to jednolite nitki, mniéj lub więcéj długie, w stanie świeżym nie przedstawiające żadnych śladów podziału. Dopiero po dłuższém pozostawieniu tych nitek w jednéj i téj saméj pożywce tracą one swój jednolity charakter i przedstawiają się złożonemi z silniéj barwiących się kuleczek, niż istota znajdująca się między temi ostatniemi. Gatunek ten rośnie w głębi wszystkich pożywek zakwaszonych, na powierzchni zaś zupełnie się nie rozwija, dla tego należy go zaliczyć do anaërobitów. Nie rozpuszcza gelatyny i nie rozwija się niżéj 20° C. (najlepiéj przy 37° C.). Drugi gatunek otrzymał autor z migdałków dwu chorych na *Leptothricosis pharyngis.* Gatunek ten wygląda podobnie jak pierwszy, tj. w stanie świeżym składa się z jednolitych laseczek. Rozwija się przeważnie na powierzchni pożywek w postaci błonek i dla tego musi być zaliczonym do rzeczywistych, lub też fakultatywnych aërobitów. Gelatynę rozpuszcza, rozwija się i niżéj 20° C., ale bardzo powoli (najlepiéj przy 27° C.). (*Wracz* 1889, Nr. 2, 3 i 4). *A. W.*

Patologija.

Docent Fehleisen (Berlin): **Dwa przypadki wieńcogłówki śledziony.**

W pierwszym z nich usunął Bergman guz z jamy brzusznéj, który się okazał po bliższém zbadaniu drobnowidowém wieńcogłówką w wędrującéj śledzionie. Badanie krwi przed operacyją i po niéj nie wykazało w niéj żadnych zmian. Chorą badano ostatni raz w pół roku po operacyi. Według statystyki Adelmanna zestawionéj przeszłego roku wycięto dotychczas śledzionę 54 razy, z tych umarło 37, z reszty 17 przypadków spostrzegano dłuższy czas tylko 8—9 przypadków. Przypadek ten jest dopiero drugim, w którym wieńcogłówka była powodem wydalenia śledziony z ustroju, a pierwszym, w którym mimo usunięcia śledziony nie można we krwi wykazać żadnych zmian. (Czy wieńcogłówka nie zajęła dodatkowéj śledziony albo czy w ustroju nie znajduje się dodatkowa śledziona, która czynność usuniętéj objęła, nie wspomina Fehleisen w swéj pracy. Przyp. referenta). W drugim przypadku wykonał F. sam nacięcia torbiela wieńcogłówkowego śledziony sposobem Volkmana. Dotychczas znanych jest tylko 27 przypadków wieńcogłówki saméj śledziony. Ponieważ w innych przypadkach leczonych innemi sposobami (nakłucie samo, nakłucie z następném wstrzyknięciem kwasu karbolowego, nastoju jodu itp.) wynik leczenia nie bywał pomyślny, zaleca F. dla tych przypadków gorąco sposób Volkmanna. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 49). *Dr. Kraus.*

Roussy: **O patogenezie gorączki.**

Napad gorączki nawet bardzo silny można u psa wywołać przez wstrzyknięcie do obiegu krwi istoty chemicznej rozpuszczalnej — Pyretogeninu w dawce 0·0005 na 1kgr. ciężaru ciała, istoty, którą autor otrzymał przez odosobnienie od pewnego mikroorganizmu. Napad taki trwa 9—10 godzin, rozpada się na 3 okresy i sprowadza następujące zboczenia czynnościowe: niepokój, kurcze mięśniowe, drgawki, wymioty, czasem biegunkę, przygnębienie, niepewny chód, a wreszcie podniesienie się ciepłoty, która wynosi w odbytnicy 39.1° do 41·9° C. Tej podwyższonej ciepłocie towarzyszy przyspieszenie tętna i oddechów. Napady gorączki w ten sposób wywołane przedstawiają wiele podobieństwa do napadów zimniczych i są także podobne do gorączki, którą spotykamy w innych stanach chorobowych u człowieka i u zwierząt. R. wnosi z tego, że gorączka pojawiająca się w różnych chorobach powstaje przez istotę chemiczną analogiczną lub może nawet identyczną z pyretogeninem. (Przedstawione przez Hayema na posiedz. Akad. med. w Paryżu. *Le Progrès médical* 1888, Nr. 7). *A. B.*

Farmakologija.

Prof. Naunyn (Strassburg): **O podskórnych wstrzykiwaniach strychninu.**

Przyczyną, że obecnie wstrzykiwania strychninu pod skórę nie bywają tak rozlegle stósowane, jak to polecali Lembert i Rayer, są doświadczenia farmakodynamiczne. N. starał się sprawdzić, o ile wyniki otrzymane przez Hippla w przypadkach ślepoty prostej i porażeń mięśni oka są prawdziwe, a w próbach swych przekonał się, że strychnin podskórnie wstrzyknięty ustrojowi nie przynosi szkody. Należy wstrzykiwać z 1% rozczynu najpierw 0·002, potém codziennie o 0·001 postępować aż do największéj dawki 0·01, na której się należy zatrzymać 5 — 6 dni; po 10 — 12 dniowéj przerwie należy kolej na nowo rozpocząć. W tych przypadkach, w których mamy do czynienia z porażeniami na podstawie mózgowéj lub rdzeniowéj, połączonemi z przykurczeniami i podwyższonemi odruchami, stan z początku po wstrzykiwaniach się pogarsza, sztywność się zwiększa, po pierwszéj jednak przerwie nastaje znakomita poprawa. W zupełnych porażeniach nie działa strychnin wcale, znakomite jednak oddał autorowi usługi w niedowładach, np. w porażeniach mózgowych na podstawie krwotoku, w rozsianych stwardnieniach rdzenia i *poliomyelitis*. W czasie przerw między wstrzykiwaniami należy odnogę mięsić, gimnastykować i elektryzować. W kilku przypadkach uwiądu rdzenia strychnin przyniósł nie małą poprawę i zatrzymanie się sprawy chorobowéj. Bardzo się zaleca przeciw porażeniom kiłowym, błonicowym i porażeniom na tle zapaleń nerwów opartych. Chory każdy popiera działanie leku, jeśli z chwilą nastania poprawy zaczyna sam pilnie wykonywać ruchy czynne i bierne odnośną częścią ciała. Już Trousseau zauważył, że po wstrzyknięciu strychninu chorzy podają, że ich orzeźwia i ożywia; o tém samém mógł się przekonać i N. Po przyzwyczajeniu się do téj gwałtownéj trucizny chorzy domagają się strychninu tak jak morfiniści morfinu, z łatwością jednak się od niego odzwyczajają, jeśli się go całkiem usunie. (*Mittheilungen aus der medic. Klinik zu Königsberg*). *Dr. Kraus.*

Prof. Stukowienkow: **Nowa sól rtęciowa, będźwinian w zastósowaniu do leczenia kiły.**

Będźwinianu rtęciowego użył autor w celach leczniczych pierwszy raz w roku 1888. Jest to sól krystaliczna, biała, bez woni i smaku, trudno rozpuszczalna w wodzie zimnéj i eterze, łatwo w wodzie gorącéj, alkoholu i w słabym rozczynie chlorku sodu. Stósował ją autor do leczenia kiły, wstrzykując pod skórę w stanie rozpuszczonym lub zawieszonym, lub téż podawał ją wewnętrznie w postaci pigułek. Również używał jéj do leczenia wrzodów (wrzód miękki, twardy, drugorzędne i trzeciorzędne wrzody kiłowe) i rzeżączki cewki moczowéj i pęcherza. Działanie téj soli badał autor na 300 chorych, używając do wstrzykiwań podskórnych *Rp. Hydrargyri benzoici oxydati* 0·75, *Natrii chlorali* 0·2, *Cocaini muriatici* 0·4, *Aquae destillatae* 100·0. Codziennie wstrzykiwał strzykawkę Lewina w okolicę pośladkową, przyczém nigdy nie spostrzegł najmniejszych zboczeń chorobowych w miejscu wstrzykiwania, a chorzy nie czuli najmniejszego bólu. Wstrzykiwania takie dawały bardzo dobre rezultaty. Po pierwszém już wstrzyknięciu można było wykryć rtęć w moczu, a objawy chorobowe ustępowały bardzo szybko: różyczka znikała zupełnie już po 3 — 10 wstrzykiwaniach, wysypka guziczkowa po 6 — 15, guzkowa po 8 do 20, a zapalenie okostny i wrzody kilakowe goiły się po 12 — 24 wstrzykiwaniach. Zapalenia wczesne dziąseł występowały dosyć często nawet po 3 — 5 wstrzykiwaniach, ale ciężkich ślinotoków nie było. Wstrzykiwanie bendźwinianu rtęciowego w postaci zawiesiny dawało gorsze wyniki, a jeszcze gorsze zażywanie wewnętrzne. Na wrzody miękkie i kiłowe stosował autor tę sól miejscowo w rozczynie 0,2 0,7 na 100,0 wody destylowanej z dodatkiem chlorku kokainy, przyczem wrzody te ustępowały bardzo szybko. Wstrzykiwanie rozczynu 0,02—0,04 na 100,0 wody do cewki moczowej i pęcherza w rzeżączce dawały także bardzo dobre rezultaty: odpływ z cewki i ból przy oddawaniu moczu szybko znikały. (*Wracz.* 1889 r. Nr. 4). *A. W.*

(*Dr. H. K.*) W tymczasowém swojém doniesieniu w *Wiener med. Blätter* 1888 Nr. 48 podaje Felsenburg, że w kilku przypadkach używał z dobrym skutkiem **hydrastis canadensis przeciw nieżytom i przerostom błon śluzowych lub ich gruczołów.** Opierając się na doświadczalnie wykazanéj jego własności ściągającéj i znieczulającéj, stosuje ją w postaci pędzlowań; chorzy doznają wprawdzie nieprzyjemnego gorzkiego smaku w ustach, jeśli np. przeciw przerostowi migdałka się stosuje, ale ten nic nie szkodzi, nawet pobudza do większego apetytu. Dobrze także działa w przewlekłym nieżycie błony śluzowéj przełyku.

Toksykologija.

Geraty: **Przypadek otrucia cytrynianem kofeinu.**

Kobieta cierpiąca migrenę zażyła przez omyłkę pełną łyżkę (200grm.) czystego cytrynianu kofeinu. Autor natychmiast po tém ją widząc nie stwierdził nic, prócz skargi choréj na wstrętny smak w ustach. Przed wywołaniem wymiotów podano choréj trochę zupy, poczém zaraz powstało osłabienie i nudności, wielkie przygnębienie, bladość, zwiotczenie mięśni, skłonność do snu, tętno słabe, oddech mozolny i jęczący, przytém świadomość prawie zupełnie przytłumiona. Zastósowano natychmiast apomorfin i małe dawki brandy. Już po godzinie wróciła świadomość i chora wróciła stopniowo do sił. *(The Lancet*, luty, 1889).

Dr. Smoleński.

Legrand i Winter opisali na posiedzeniu Tow. biolog. w Paryżu d. 26 stycznia b. r. **przypadek dziedzicznego otrucia ołowiem** u noworodka. Ojciec i matka przedstawiali wybitny obraz zatrucia ołowiowego; dziecko żyło 15 dni. Przy sekcyi tegoż znaleziono nerki bardzo małe (3—4 gr.) w stanie sklerotycznym, wątroba przedstawiała wyraźny obraz marskości kołozrazikowej z wysepkami miąższu stłuszczonego. Po zadziałaniu siarczku amonu powstawał czarny strąt, ułożony odpowiednio do rozwoju tkanki łącznej, t. j. na około zrazików a utworzony przez bardzo drobne ziarenka wśród komórek się znajdujące, rozpuszczalne za dodaniem kwasu octowego. W nerkach takich złogów nie było. Rozbiór chemiczny wykazał, że odcinek wątroby 45 gr. ważący zawierał 7 — 8 mgr. ołowiu. (*Le Progrès médical* 1889. Nr. 5). *A. B.*

(†) Dr. Magnan obserwował 3 chorych na zatrucie chroniczne kokainą. Wszyscy trzej cierpieli na rozstrój ogólnéj czuciowości, a mianowicie czuli obecność obcego ciała pod skórą. Jeden drapał się w język, wyobrażając sobie, że wyciąga zeń robaki. Drugi, farmaceuta, odrywał sobie skórę paznokciami, myśląc, że wyciąga z pod niéj bakteryje. Wreszcie trzeci, lekarz, szukał pod skórą kryształków kokainy. Ten rozstrój czucia w powłokach zewnętrznych był pierwszym objawem choroby. Daléj następowały halucynacyje wzroku, słuchu i powonienia. Bezbolesność występowała tylko w słabym stopniu, chociaż jeden z chorych bez wielkiego bólu wprowadził sobie do kiszki prostéj nóż i igły. Wreszcie u dwu chorych była padaczka, u trzeciego zaś tylko kurcze. Wszystko to naprowadza M. na myśl, że kokain działa na korę półkul mózgowych, zaczynając od tyłu i po i postępując ku przodowi. U dwu chorych, którzy zaprzestali używania kokainy, wszystkie objawy ustąpiły.

Choroby wewnętrzne.

Mosler (Greifswald): **Przyczynek do miejscowego leczenia chorób opon mózgowych.**

M. używał leczenia odwodzącego na sąsiednią skórę w różnych zajęciach zapalnych opon mózgowych. I tak w jednym przypadku bardzo groźnego zapalenia błon mózgowych u lekarza osiągnął zadziwiająco szybki skutek za pomocą wielkiego pryszczydła, zastosowanego na ogoloną skórę głowy i dwóch mniejszych poza uszyma, gdy wszystkie inne środki zawiodły. Od tego czasu M. często używał z skutkiem leczenia odwodzącego tak w ostrych jak i przewlekłych chorobach opon mózgowych, stosując środki pryszczące na rozległéj przestrzeni w bezpośredniém sąsiedztwie narządu chorego. Opierając się na tych doświadczeniach badał M. w odpowiednim przypadku, o ile skuteczném leczeniem jest aspiracyja, tak często w chorobach innych narządów używana w przewlekłém zapaleniu opon mózgowych, przebiegającém wśród objawów wodogłowia przewlekłego. U dziecka $1^3/_4$ letniego z wodogłowiem przewlekłém wykonał M. punkcyję strzykawką Pravaza, któréj igiełkę na 2 ctm. głęboko wbił w ciemiączko duże i wyciągnął płyn przeźroczysty. Dziecko dobrze całkiem zniosło zabieg, który jeszcze kilkakrotnie bez szkody powtórzono; po wypuszczeniu około 200—300 gramów płynu jasnego założono na główkę uciskający opatrunek przeciwgnilny. Główka po każdéj punkcyi zmniejszała się wprawdzie, ale już po krótkim czasie wracała do dawnych rozmiarów, tak że leczenie aspiracyjne nie odniosło żadnego skutku. Z przypadku tego wynika, że wypuszczanie płynu z czaszki nawet z następowym uciskiem téjże nie sprowadza zmniejszania wypociny, powtóre że aspiracyję płynu w wodogłowiu, ostrożnie wykonaną, choćby kilka razy powtórzoną, chory dobrze znosi. *(Inter. kl. Rundschau* 1888, Nr. 33).

Dr. Baschkopf.

Clark: **Niebezpieczny wpływ klimatu alpejskiego w zimie na suchotników z chorobą nerek.**

Wiadomo, że w przebiegu suchot płucnych nader często występuje białkomocz. Mianowicie w postaci suchot włóknistéj, ilekroć w okresie już późniejszym rozległe części płuc są zajęte, pojawia się zazwyczaj bardzo obfity białkomocz. Natomiast w postaci suchot serowatéj, czyli gruźliczéj, białkomocz występuje mniéj często i, co ważniejsza, nie wywiera tak zgubnego, wyniszczającego wpływu, jak w postaci włóknistéj. Otóż autor postrzegał wielokrotnie, że pod wpływem niezwykłego żywienia, niepokoju umysłowego i wytężania się fizycznego, a głównie zimna, u suchotników ilość wydzielanego moczu się zmniejsza, wiele wytworów wydalinowych nagromadza się we krwi a białkomocz znakomicie wzrasta. Z téj przyczyny autor uroczyście ostrzega lekarzy, aby w wyborze suchotników wysyłanych na zimę w Alpy byli bardzo oględni a chorych z rozwiniętym białkomoczem, szczególnie przypadków postaci suchot włóknistéj, tamże nie wysyłali. (*The Lancet*, styczeń, 1889). *Dr. Smoleński.*

Choroby krtani.

Havilland Hall: **Przywrócenie połykania w przypadkach choroby nagłośni.**

Chory N. przyjęty do szpitala znajduje się w stanie wielkiego wygłodzenia, ponieważ od trzech tygodni nie mógł przełykać stałych pokarmów a od 3ch dni nie może połknąć ani trochy płynu. Próbując spożyć cokolwiek doznaje napadu duszenia. Badanie wziernikiem wykazało gruźliczy rozpad nagłośni. Starano się karmić chorego sondą, ale po 3 dniach było to niemożebném. Natenczas autor zastosował sposób podany przez Dra Norris Wolfendena a mianowicie: Ułożono chorego w poprzek łóżka na brzuchu ze zwieszoną głową, podano do ust koniec sondy, która drugim końcem zanurzona była w naczyniu z mlekiem i tym sposobem można było chorego wygodnie karmić. (*The Lancet*, luty, 1889).

Dr. Smoleński.

Brown-Séquardowi udało się wywołać **analgezyję** w przebiegu bólu lędźwiowego **przez wprowadzanie bezwodnika węglowego do krtani.** Zbudował on w tym celu przyrząd inhalacyjny, który umożebnia wprowadzanie gazu dopiero pod koniec wdechu, gdy drogi oddechowe są już wypełnione powietrzem. W ten sposób CO_2 działa na błonę śluzową krtani i sprowadza zatamowanie ośrodków czuciowych, skąd powstaje analgezyja, która może trwać do 24 godzin, sam zaś bezwodnik węglowy nie dostaje się do płuc. (*Le Progrès médical 1889.* Nr. 5). *A. B.*

Choroby nerwowe.

Löwenfeld (Monachium): **O padaczce Jacksona.**

Zdanie, jakoby napady padaczki Jacksona pochodziły wyłącznie tylko od zmian na korze mózgowéj, dzisiaj już śmiało można uważać za przestarzałe. Napady wspomnianéj padaczki mogą być odruchowe (uszkodzenia nerwów, cierpienia uszu), mogą wystąpić w przebiegu mocznicy, macinnicy, a nawet może zdaniem L. lub jako równoważnik zwyczajnéj padaczki. Jako jedyny objaw mogą napady padaczki Jacksona wystąpić w przebiegu guzów w jamie czaszkowéj, kiły, ropnia, zapalenia opon, w początkowym okresie niedołęztwa porażennego, rozsianego stwardnienia rdzenia i mózgu. L. mógł na znacznym szeregu takich chorych sprawdzić kolejność napadów i kolejność, z jaką części ciała zajmują. Odstępy czasu między poszczególnemi napadami są różne, L. widział ich w jednym przypadku blisko sto w jednym dniu, w kilku znowu zaledwie parę napadów w roku; mogą nawet i lata upłynąć pomiędzy jednym napadem a drugim. Zarówno jak w padaczce zwyczajnéj mogą w téj postaci padaczki istnieć zapowiedzi lub stan wietrzyku padaczkowego (*aura*). Oprócz typowéj padaczki Jacksona rozróżnia jeszcze L. postać sensoryczną i paralityczną. Oprócz przetworów bromowych, kąpieli zabrania nadużywania wyskoku i zaleca razem z Bravaisem, Hirtem pryszczydła na tę okolicę ciała, skąd zapowiedzi się rozpoczynają. L. przypuszcza, że padaczka Jacksona może z czasem przejść w zwykłą padaczkę. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 48). *Dr. Kraus.*

Gooden Parsons: **Delirium tremens po chorobie morskiéj u opiofaga.**

Chory 28-letni, mimo zachowania ścisłéj dyjety, przebył chorobę morską, poczém okazywał przypady obłędu. Autor zastał go w stanie wielkiego podniecenia, wyskakującego z łóżka i chcącego uciekać z domu. Wyraz twarzy dziki, drgawki mięśni twarzowych. Tętno 80, dwubitne i miękkie, język obłożony, drżący, oddech cuchnący. Służący jego zapewniał, że chory od czasu powrotu z podróży nie zażywał wcale wyskoku. Autor podał dwukrotnie dość znaczną dawkę morfiny, ale bezsenność trwała mimo to bezustannie i napad majaczenia wzmagał się coraz więcéj. Dopiero gdy podano mu wielką dawkę bromu, zapadł w sen 12 godzinny i następnie w krótkim czasie wyzdrowiał. Przyczyną, dla czego nie działał morfin, była okoliczność, że chory był oddawna namiętnym opiofagem, o czém autor dopiero po niewczasie się dowiedział. (*The Lancet*, luty, 1889). *Dr. Smoleński.*

E. Dirmoser (Wiedeń): **Przyczynek do nauki o padaczce odruchowéj.**

D. zwraca uwagę na okoliczność, że między przyczynami, wywolującemi padaczkę, tak podrzędną tylko rolę odgrywają zranienia nerwów obwodowych, podczas gdy doświadczenie poucza, że wspomniane zranienia bardzo często są przyczyną padaczki a tłumaczy się to w ten sposób, że drażnienie obwodowe nerwów, dłuższy czas trwające, wywołuje w odpowiednim ośrodku stosunki, przyczyniające się do wybuchu napadów padaczki. Jako potwierdzenie tego przytacza następujący przypadek: Chłopiec obecnie 19 lat liczący, uległ przed 10 laty złamaniu obojczyka prawego. Z powodu za późno założonego opatrunku nastąpiło wygojenie z przerwą ciągłości, odłamki zbaczały w przeciwnych kierunkach, w skutek tego odłamek zewnętrzny drażnił nerwy międzyżebrowe. W $^3/_4$ roku po doznaném złamaniu zaczęły występować napady, z początku jako padaczkowate a od 15 r. jako typowe padaczkowe, a w ostatnich 3ch latach napady powtarzały się codziennie, nawet niekiedy 3—5 razy dziennie. Uwzględniając, że chory pochodził z rodziny dziedzicznie nieobciążonéj, że padaczka wystąpiła dopiero po złamaniu, że napad poprzedzała *aura epileptica*, wychodząca z miejsca złamania, wreszcie, że przez ucisk na odłamek można było kurcze wywołać, odświeżono końce środkowe obu odłamków za pomocą piłki i połączono drutem

srebrnym. Rzeczywiście od operacyi napady stawały się coraz rzadszemi a wreszcie zupełnie ustąpiły. W końcu rozprawy wspomina D. o przypadkach Erlenmeyera, który przez wycięcie blizn na podudziu i nodze wyleczył doszczętnie padaczkę. (*Internat. klin. Rundschau*, 1888, Nr. 33).

Dr. Baschkopf.

Chirurgija.

Dr. Nikolski: **Całkowite, powikłane zwichnienie kości skokowéj.**

Przypadek opisany przez Dra Nikolskiego jest z tego względu uwagi godnym, że dotychczas niema prawie statystyki podobnych zwichnień. Chory, robotnik mający lat 62, upadł na nogi z wysokości prawie 8 metrów na dno szybu w kopalni żelaza. Przytém została zwichniętą kość skokowa na lewéj nodze: położenie jéj było takie, że tylna powierzchnia była zwróconą do powierzchni zewnętrznéj kostki wewnętrznéj, a dolna do powierzchni wewnętrznéj kostki zewnętrznéj. Kostka zewnętrzna zmieniła także swe położenie ku wewnątrz, przyczém więzadła jéj zostały rozciągnięte. Pod kostką wewnętrzną była rana długości około 8 centymetrów. Kość wyjęto z rany, ale chory umarł wkrótce na zapalenie żył. (*Chirurgiczeskij Wiestnik* 1888 str. 750). *A. W.*

Multanowski **Sposób ujmowania i wyciągania kamienia moczowego po litotomii.**

Wynalezienie kamienia w pęcherzu moczowym i ujęcie go szczypcami przez ranę międzykrocza nie powinno przedstawiać szczególnych trudności. Tak przynajmniéj przedstawiają tę rzecz podręczniki chirurgiczne. Lecz przy olbrzymich przerostach gruczołu krokowego, przy wierzchołkowém położeniu kamienia w pęcherzu moczowym, szczególnie jeżeli ten ostatni jest atonicznie rozszerzonym, przy bardzo małéj ranie np. u dzieci od 2 do 3 lat itp., trudności te znacznie się zwiększają. Z tych to powodów podaje autor nowy sposób ujmowania kamienia, sposób, który on sam sprawdził praktycznie w wielu przypadkach. Do rany międzykrocza wprowadza się palec tak, aby koniec jego znajdował się w jamie pęcherza. Po palcu wprowadza się szczypce. Palec następnie wyjmuje się, a szczypce wprowadza się tak głęboko, ażeby główka ich znajdowała się mniéj lub więcéj w połowie rany. Następnie szybko rozsuwa się rączki szczypców w lewo i w prawo w czołowéj płaszczyźnie *ad maximum*, robi się niemi $^1/_4$ obrotu, tak, żeby się znajdowały w płaszczyźnie strzałkowéj i ściska się je wreszcie. Kamień musi być między niemi. Jeżeliby zaś kamienia między niemi nie było, wprowadza się szczypce jeszcze raz i obraca się je o $^1/_4$ obrotu, ale w przeciwnym kierunku. Następnie powoli wyciąga się zamknięte szczypce z rany, ciągle z lekka je otwierając, w tym celu, żeby kamień oparłszy się o gruczoł krokowy, przesunął się na koniec szczypców. Wreszcie bada się położenie kamienia i reguluje takowe palcem, a szczypce wyciąga się zupełnie na zewnątrz. Oczywiście sposób ten jest dobrym w obec kamieni średnich i małych. Jeżeli zaś z jakichbądź powodów przecina się międzykrocze w obec kamieni znacznéj wielkości, wówczas kamień taki rozdrabnia się litoklastem, a następnie wprowadzając powyższym sposobem szczypce w miarę potrzeby kilka lub kilkanaście razy wydobywa się wszystkie kawałki. (*Wracz* 1888, Nr. 49). *A. W.*

(†) Dr. Le Dentu zakomunikował paryzkiéj Akademii medycznéj o przypadku laparatomii w celu wyjęcia łyżki drewnianéj. 21 letni młodzieniec połknął podczas obiadu łyżkę, co mu jednak nie przeszkodziło dokończyć jedzenia. Dopiero w nocy wystąpiły silne bóle w okolicy żołądka, w skutek których chory czuł się zmuszonym udać się do kliniki. Tam przedsięwzięto operacyję. Gdy jednak przecięto żołądek i łyżki w nim nie znaleziono, rozpoczęto dalsze poszukiwania i znaleziono ją dopiero w miednicy małéj w położeniu pionowém, wskutek czego jednym końcem opierała się o pęcherz moczowy. Objawów zapalenia otrzewny nie było. Chory wkrótce po operacyi zupełnie wyzdrowiał. Według zdania Dra Le Dentu nastąpiło przedziurawienie żołądka między 12—15 godziną po połknięciu łyżki w miejscu krzywizny większéj, tak że łyżka przeszła pomiędzy listkami sieci wielkiéj. Ten ostatni fakt tłumaczy szybkie zagojenie się rany żołądka i nie wylania się jego treści do jamy otrzewnowéj. (*Wracz* 1889, Nr. 2).

(*Dr. H. K.*) Orłow: **Kostniaki z jazdy.** 37 letni kapitan kawaleryi doznał nagle podczas przesadzania konnno przez rów bólu w lewéj pachwinie tak gwałtownego, że go musiano do domu zawieść. Po okładach zimnych ból i obrzęk w téj okolicy się zmniejszył. Od tego czasu jednak uczuwał chory wśród forsowniejszych ruchów ból po wewnętrznéj stronie uda, a z czasem rozwinął w téj saméj okolicy guz twardy, który usunięty po kilku miesiącach drogą operacyjną okazał się jako kostniak z jazdy (*Reiterknochen, Billroth*). Podczas gdy w jednych przypadkach przyczyną rozwinięcia się kostniaka było zapalenie samoistne mięśnia, albo nadmierna praca mięśni przyciągających udo (np. jeźdcy, siodlarze, szewcy), to w tym dał do niego powód uraz tępy. (*Wiener med. Woch.* 1881, Nr. 51).

Okulistyka.

Kipp: **Zapalenie spojówki skutkiem kokainu.**

U trzech chorych, którym przez dwa do czterech miesięcy zapuszczano rozczyn kokainu do oka, spostrzegał autor zapalenie spojówki cechujące się jednakowemi objawami. Chorzy żalili się głównie na uczucie pieczenia i kłócia i lekką drażliwość na światło. Powieki lekko obrzmiałe i w kącikach zewnętrznych wyprzałe nie były zaczerwienione. Wydzielina była obfita ale nie ropna, lecz składała się z cieczy lepkiéj, czystéj, podobnéj do zwykłéj wydzieliny spojówkowéj. Spojówka gałkowa była lekko obrzękła, żółtawa. Spojówka powiekowa przedstawiała znaczne zmiany, była ona obrzmiała, barwy różowo-żółtawéj a prawie cała jej powierzchnia nasiana małemi przeźroczystemi wyniosłościami (mieszkami), mającemi mniéj lub więcéj rozmiary ziarnek saga. Mieszki były najliczniejsze w załamku. Stan ten przypomina zupełnie zapalenie spojówki po długiem używaniu atropinu z wyjątkiem zabarwienia, które było różowo-żółtawe zamiast żywo czerwonego, jakiem bywa po atropinie. Odstawienie rozczynu kokainu a zapuszczanie dwa razy dziennie $^1/_2$ % rozczynu siarkanu zynkowego usunęło zapalenie spojówki w przeciągu sześciu tygodni. (*The Medical Record.* Paźdz. 1888). *Rydel.*

Mittendorf: **Ostre zapalenie spojówki kokainowe.**

Towarzystwu okulistycznemu amerykańskiemu podał M. wiadomość o trzech przypadkach, w których rozczyn 4% kokainu wywołał silne zapalenie spojówki ze znacznem obrzmieniem powiek i wydzieliną obfitą bardzo drażniącą. U dwóch z tych chorych, młodych dziewcząt, zawodziło wszelkie leczenie, póki nie usunięto kakainu. U jednéj z nich zapalenie spojówki powróciło po ponownem zapuszczaniu kokainu. U trzeciego, mężczyzny, powracało zapalenie spojówki trzechkrotnie po zapuszczaniu różnych przetworów kokainu. Autor sądzi, iż miał do czynienia z idiosynkrazyją podobną, jaką spostrzegano już względem innych leków, a którą możnaby odnieść do działania porażającego kokainu na gałązki nerwu sympatycznego. Zdaniem sprawozdawcy Przegl. Lek. uniknie się podobnych następstw zapuszczania rozczynów alkaloidów (kokainu, atropinu, ezerynu i pilokarpinu) najpewniéj, zapisując je w 3% rozczynie kwasu borowego. *Rydel.*

Położnictwo.

Prof. Breisky: (Wiedeń). **O ciąży zamacicznéj.**

Jak sobie postąpić należy w przypadkach ciąży zamacicznéj późno rozpoznanéj, nie orzekli jeszcze stanowczo akuszerowie. Zdania istnieją różne; widok łożyska nie dającego się oddzielić tak łatwo bez znacznego krwotoku następowego, trudność podwiązania naczyń doprowadzających, niemożność okłucia, jak to radzili inni, dały powód, że większa część akuszerów uchwaliła, aby w przypadkach ciąży zamacicznéj, jeżeli nie grozi matce żadne niebezpieczeństwo, zostawić dalszy przebieg samemu sobie, przeczekać aż płód, mimo gdyby się go czuło donoszony i dojrzały do życia obumrze, a w parę miesięcy po śmierci płodu wydobyć go przez laparatomiję. Najczęściej wydobywa się go wtedy jako płód skamieniały. Prof. B. rozpoznał przed 8 laty u kobiety ciążę zamaciczną, płód odpowiadał 8 miesiącowi ciąży. Już miał przystąpić do laparatomii, broszura jednak Litzmana zwróciła wówczas jego uwagę na niebezpieczeństwa zagrażające matce i na statystykę takich przypadków. Radził zatem czekać. Od tego czasu nie widział

chorej. Niedawno temu zgłosiła się do operacyi, bo od pewnego czasu doznaje gwałtownych bólów dołem. Laparatomia przyniosła na świat płód skamieniały, narządy wewnętrzne jego były jeszcze dobrze utrzymane, a nawet drobnowidowo można było pojedyncze tkanki od siebie odróżnić. (*Wiener Klin. Woch. 1888 Nr. 38*). *Dr. Kraus.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie II-gie z dnia 27 lutego 1889.

Przewodniczący prof. Korczyński. Członków obecnych 10.

1. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie referenta Dr. Murdzieńskiego o krowiance p. Kubickiego we Lwowie. Ze sprawozdania tego wynika, że krowianka ta polecona przez Tow. lek. krakowskie przyjmuje się znakomicie nietylko przy pierwszém szczepieniu, lecz także przy rewakcynacyi, jak o tém świadczy 50 świadectw wystawionych przez lekarzy urzędowych i 25 świadectw lekarzy praktykujących, co przy zbliżającéj się porze szczepienia zachęcić powinno lekarzy do używania wyłącznie tylko krowianki krajowéj.

2. Tak na podstawie rozbioru chemicznego, dokonanego przez prof. Dr. Olszewskiego, który wykazując bardzo korzystny skład chemiczny równoważący się wyrobom zagranicznym, jak niemniéj na podstawie referatu Dra Wachtla, który przekonał się na miejscu o wzorowém urządzeniu fabryki i o należytém sposobie fabrykacyi, uchwalono polecić Tow. lek. krak. kakao proszkowane wyrobu p. Henryka Tretera we Lwowie. Kakao to równéj dobroci jak podobne przetwory zagraniczne ma jeszcze tę wielką zaletę, że jest od nich o połowę tańsze, zasługuje więc na wszechstronne polecenie i rozpowszechnienie. (Wniosek ten zamieniło w uchwałę Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 6 marca b. r.).

3. Ostateczne ocenienie win leczniczych wyrobu apt. p. Kaliskiego w Przemyślu odłożono do następnego posiedzenia na wniosek referenta prof. Dr. Łazarskiego.

4. Uchwalono zawezwać za pośrednictwem Prezydyjum Towarzystwa niektórych producentów, których wyroby polecone zostały przez Tow. lek. krak. między r. 1879 a r. 1882 na wniosek b. komisyi przemysłowéj, ażeby na razie wstrzymali się od ogłaszania udzielonych im podówczas poświadczeń, a jeżeli pragną, aby wyroby te były nadal polecone, by je poddali ponownemu ocenieniu obecnéj komisyi przemysłowéj.

Sekretarz, *Doc. Dr. Gluziński.*

V. Listy z „Zachodniego kraju“.

XVII.

W dzisiejszym moim liście do Was chcę pomówić nieco o położnictwie ludowém na Rusi, jako o dalszym ciągu spraw rozpatrywanych, wykazując, jak odnosi się do niego lud i w jakim stosunku pozostaje ono do lekarzy. Pomimo zwiększonéj pomocy lekarskiéj w prowincyjach naszych w latach ostatnich, a w szczególności dla położnic, każdy bowiem powiat posiada średnio od 3—4 położnych tak zwanych wiejskich, płatnych od rządu, a oprócz tego kilka wolnopraktykujących, jednakże lud do ich pomocy jak i do lekarskiéj wyjątkowo i z rzadka tylko się ucieka, mając swe własne babki wiejskie i znachorki z ich lekami, przesądami i gusłami, które zrosły się z pojęciami i wymaganiami ludu. Jak dotychczasowa pomoc ich była zbawienną, przytaczają starzy za dowód, że tradycyja wieków wiarę w nich uświęciła, a tysiące pokoleń na ich rękach rodziło się i wzrastało szczęśliwie przyczyniając się do rozmnożenia rodzaju ludzkiego; zmieniać więc starego porządku rzeczy na nowy nie należy. W obec więc przesądów i ślepéj wiary tłumu w baby wiejskie, które jak i niektóre egzaminowane położne w celach podtrzymywania własnéj powagi starają się usuwać racyjonalną pomoc lekarską od położnic i wmawiać do lekarzy niewiarę i pewny postrach w publiczności. Każdy z lekarzy prowincyjonalnych ma w pamięci podobne przypadki, gdzie bywał wezwanym do położnicy włościanki od dni kilku męczonéj przez babki wiejskie bezskutecznie. Jeżeli taka ciężko rodząca niezginęła z ręki babek, jak to najczęściéj się zdarza, to wezwany lekarz miał przed sobą obraz choréj następujący zwykle spotykany. Na przypiecku lub na tapczanie na słomie leży rodząca z wybladłą i wymęczoną od cierpień kilkudniowych i nocy bezsennych twarzą, tętno słabe, ciepłotę znacznie podwyższoną, ciało oblane zimnym potem, nogi nabrzękłe, brzuch wzdęty, który przez ciężar nieżywego płodu w macicy przewala się na dół; wargi maciczne rozwarte, obrzękłe, jak i części rodne ciemno-fijoletowéj barwy a z nich wypływa silnie cuchnący odchód. Położenie wewnątrzmaciczne płodu, który zwykle nieżywy, poprzeczne często z wypadającą rączką. Ciało dziecka wymoczone, co wielce utrudnia każdy rękoczyn przy nabrzęknieniu części miękkich macicy i ciasnéj przestrzeni, w któréj ręka działać musi. Jedyném wskazaniem w takich razach pozostaje zmiażdżenie płodu. Wyjątkowo jednak na to zgadza się tylko położna i rodzina, mając przesąd co do narzędzi i noża, któremi trzeba działać a co ma szkodzić wedle ich mniemania położnicy i niezgadzać się z pojęciami religijnemi ludu, aby ciąć ciało dziecka, a więc lekarzowi nieraz pozostaje tylko jedno, kiedy matka wzbrania się innego sposobu ratunku, jak obrót na nóżki nieżywego płodu, rękoczyn wielce niebezpieczny i o wiele cięższy, aniżeli pierwszy dla rodzącéj. Często bowiem pomoc w takich przypadkach dla ocalenia matki bywa bezskuteczną, bo spóźnioną i w dni parę ona umiera. Nie mówiąc o nieprawidłowych położeniach płodu, ale często w przypadkach zwykłych nieznajomość najprostszego mechanizmu porodu przez babki naraża na śmierć dziecko i na niebezpieczeństwo życia matkę, jak tego nieraz naprzykład miałem możność się przekonać w położeniach pośladkowych, gdzie babka nie umiała oswobodzić rączki dziecka uwięzgniętéj przy przechodzeniu przez małą miednicę, przez co była przyczyną zaduszenia się dziecka. W ogóle włościanie łatwiéj zgadzają się na wszelkie próby lecznicze, jakiemi baby męczą położnice, aniżeli na pomoc lekarską, jeszcze bardziéj jeżeli takowa jest połączoną z działaniem jakiemibądź instrumentami położniczemi. Kobiety ciężarne nadzwyczaj rzadko udają się o pomoc lekarską, czekają zwykle rozwiązania, a znowu perjod popologowy dostarcza choć niewielkiego zastępu chorych lekarzom, za to manipulacyje babek położnych wyzywają najprzeróżniejsze choroby, będące bogatym materyjałem w ręku wiejskich znachorów.

Położnictwo ludowe ukraińskie posiada oddzielne i bogate w ilość środki lecznicze; z ważniejszemi z nich poczerpniętemi z ust ukraińskich babek i znachorek odnoszących się tak co do leków jako też i do sposobów zachowania zdrowia kobiety przebywającéj fizyjologiczną czynność porodu i jéj dziecka, chcę podzielić się z czytelnikami „Przeglądu“.

Środki te i przesądy można podzielić na 3 działy. Jedne z nich odnoszą się do okresu porodowego, drugie do popołogowego matki a trzecie do dziecięcia samego.

Do pierwszego należą następujące środki:

1) Roztarte na proszek liście lub jagody bobkowe, ławrowyje łystia i jabody (*Laurus nobilis*) zmieszane z oliwą lub wódką i przyłożone na pępek kobiety rodzacéj, są potężnym środkiem, który najniepomyślniejsze położenia, w jakich się znajduje matka lub dziecko, przemienia cudownie dla nich obydwóch w najszczęśliwsze; kobieta bowiem rodząca chwilowo uzyskuje nadzwyczajne siły dla ukończenia porodu a dziecko powraca się i na świat zjawia się nieoczekiwanie prędko.

2) Kobietom ciężarnym radzą często pić w wódce namoczony koper, krip (*Anethum foeniculum*), co przyczynia się do tego, że rodzącym się dzieciom daje piękne oczy.

3) Przy ciężkim porodzie podają wewnętrznie odwar majoranu (*origanum majorana*).

4) Jeżeli dziecko przez długi czas się nie rodzi, a środki wypędzające nie skutkują, wtenczas babka podchodzi do komina i kilka razy uderza piętą w ścianę.

5) Dla zmniejszenia silnych bólów porodowych smarują brzuch położnicy olejkiem lulkowym, błekotne masło (*Ol. hyosciami*).

6) Dla przyśpieszenia porodu i w ciężkich jego przy-

padkach na wydalenie nieżywego płodu u kobiety ciężarnej lub rodzącéj, jednym z najbardziéj popularnych środków jest przykładanie do brzucha na płatku nasienia lnianego. Zwykle nasienie jest całkowite i nietłuczone i kładzie się nie wewnątrz złożonego we dwoje płótna, lecz powierzch jego, prosto na brzuch i pokrywa się płatkiem. Nasienie rozwilżone gorącą wodą lub zagotowane nie odmienia się, lecz pozostaje tak ochłodzone przez kilka godzin.

7) Kwiaty bazylji, wasylki (*Ocimum Basilicum*) dają pić w odwarze położnicom dla ułatwienia porodu.

8) Kamfora-Zilje (*Selago?*) ma mieć jakoby moc nadzwyczajną wydalania płodu u rodzących.

9) Zewnętrznie przykładają do brzucha rodzącéj korzeń gduły ziemnéj dla wydalenia nieżywego płodu.

10) Przy ciężkim porodzie podają jeszcze odwar z zioła serdecznika, sobacza kropiwa (*Leonurus cardiaca*).

Celem wywołania bólów porodowych u położnic jeszcze są w powszechném użyciu:

11) Proch z wodą, albo woda, otrzymana po przemyciu broni palnéj. Znaczniejsza dawka leku tego sprowadza wymioty i inne przypadłości żołądkowe.

12) Nastój kwiatu żytniego.

13) Sporysz żytni w dawkach o kilka razy większych, aniżeli go dają lekarze. Nieraz po kilka łyżek podają tego proszku rodzącym w wodzie lub w wódce.

14) Odwar lniany wewnętrznie.

Po połogu zwykli dawać kobietom następujące leki:

1) Przykładają do warg sromnych płatki namoczone w roztczynie siarczanu miedzi w wódce.

2) Sok z rośliny mlecza polnego (*Lactuca sativa*) dają kobietom tak w ciężkim porodzie, jako téż i dla powiększenia pokarmu.

3) Dla zwiększenia popołogowych odchodów dają suszony kwiat fijołków rolnych, maśluk (*Viola arvensis*) w postaci nastoju do picia.

4) Na wydalenie martwego płodu, jak również łożyska i zwiększenia odchodów podają zwykle położnicom marunę, materinka (*Herba matricariae*) w odwarze, a czasem dodają do niego wódki.

5) Krwotoków popołogowych nie godzi się zatrzymywać, bo według ogólnych pojęć babek położnica powinna dobrze się ze krwi oczyścić.

6) Po połogu przykładają zwykle do brzucha sztuczną bańkę przystawiając do niego garnek i wciągając w niego wnętrzności brzuszne.

7) W chorobach wywołanych porodem w wielu miejscach leczą odwarem korzenia dzięgielowego, diaglicia (*rad. archangelicae*).

8) Sokiem żółtomlecza czystucha (*Chelidonium majus*) smarują brodawki u kobiet karmiących, jak również czynią to z wymionami u krów. Odwarem z tego zioła wygotowują garnki, aby nalane w nie mleko było smaczniejszém.

9) Przy owrzodzeniu brodawek piersiowych u kobiet smarują je psiem sadłem rozprowadzoném w śmietanie.

10) Liście podbiału, podbił (*Tussilago*) przykładają do popękanych piersi u kobiet karmiących.

11) Po porodzie mocno obwiązują brzuch położnicy, a w wielu miejscach istnieje zwyczaj obwiązywania mocno brzucha ręcznikiem i zawieszania go na kruku. Środek ten ma zabezpieczyć położnicę od chorób z czynnością fizyjologiczną porodu połączonych.

Środki i przesądy odnoszące się do nowonarodzonego, do jego zdrowia i do łożyska:

1) Dziecko nowonarodzone okrywają zaraz gałganem, którym się komin zakrywa, ażeby było szczęśliwe.

2) Przy wypadnięciu rączki u dziecka przy porodzie przywiązują ją do biczowiska osmalonego i ciągną za nią tak silnie, że nieraz odrywają.

3) Powszechnie uważają, że urodzenie się dziecka w błonie (w czepku) ma mu wróżyć szczęście. Błonę albo zakopują do ziemi, lub zasuszają.

4) Pępowinę u nowonarodzonego przewiązują włóknami z konopi i jeżeli chcą, aby dziecko było płodne, to maciurką, w razie przeciwnym zaś płoskoniem. W niektórych zaś miejscowościach pępowinę nowonarodzonych dziewcząt przewiązują włóknem z konopi maciurką, u chłopców zaś płoskoniem.

5) Po urodzeniu się dziecka łożyska niegodzi się wyjmować, a czekać dopóki samo nie odejdzie; wyjęcie go może sprowadzić chorobę lub śmierć matki.

6) W niektórych jednakże przypadkach po długiém oczekiwaniu jeżeli łożysko nie wychodzi, baby same przystępują do wyjęcia jego, posługując się 3 mechanicznemi sposobami: *a*) wyciśnięcie łożyska z macicy za pomocą gładzenia brzucha rękami od góry do dołu lub przez silne nacieranie krzyżów, co się nazywa w techniczném wyrażeniu ludowém „myszku sorwat“; *b*) trzęsienie ciała, którém chcą osiągnąć ten sam rezultat; w tym celu każą rodzącéj chodzić po chacie, trzęsą ją na wszystkie strony, lub mężczyzna sadza ją na kolana i silnie trzęsie; *c*) wyciągnięcie łożyska za pomocą przywieszania do pępowiny ciężarów. Zwykle w tym razie używane jest przywiązanie do niéj łyżki, wag i t. p. przedmiotów [1]).

7) Znachorki babkujące po urodzeniu dziecka wróżą z wyjętego z macicy łożyska, ile ta mieć będzie jeszcze dzieci, odgadując to po ilości węzłów naczyniowych znajdujących się po wewnętrznéj stronie łożyska.

8) Łożysko po odejściu wywracają i zakopują do ziemi, aby nowonarodzony dobrze się chował.

9) W niektórych miejscowościach jest zwyczaj puszczać łożysko do wody, co ma uszczęśliwiać nowonarodzonego, ludzie zaś złéj woli, lub czarownice dla zgotowania mu smutnéj doli zakopują jego łożysko w chlewie, gdzie stoją świnie.

10) Jeżeli dziecko rodzi się nieżywe, lub nie oddycha, babka stara się je ożywić. Podrzuca je do góry, uderza ręką po twarzy i po tyłku, dmucha mu w usta, w uszy, oczy, tył i zamawia, „aby duch w niego wszedł“, szepcząc „Bohorodyca Diwo“ i „Wieruju“. Aby dziecko choć jakiś czas po urodzeniu żyło, ma dla rodziców obrzędowe znaczenie, a mianowicie jeżeli było choć z wody ochrzczone, może być pochowane na cmentarzu, w przeciwnym bowiem razie jako nieochrzczone, a przez to nieoczyszczone z pierworodnego grzechu, musi być wyłączone z miejsca, służącego za spoczynek wiernym. Lekarze i babki obecni przy urodzeniu nieżywych dzieci w niektórych razach muszą świadczyć, czy dziecko dyszało lub nie po urodzeniu.

11) Baby kąpiąc nowonarodzonego po wyjęciu go z wody po 3 razy do niéj plwają, aby nie urzec.

12) Pieluszki nowonarodzonych dziewcząt do dziesięciu tygodni myć nienależy, a to dla tego aby one po dojściu do lat zbyt wcześnie nie dostawały miesiączki. Nie należy prać pieluszek nowonarodzonych dziewcząt w stawie do 6 tygodni, aby nie dostały wcześnie miesiączki.

13) Nie dobrze dla dziecka rodzącego się zawczasu przygotować bieliznę, gdyż żyć nie będzie.

14) Jeżeli odłączonemu od piersi dziecku matka po pewnym czasie znowu da ssać, wtenczas niemowlę owe, jeżeli nie czarownikiem, to będzie najszkodliwszym człowiekiem.

15) Jeżeli nowonarodzone dziecko ma brodawki na piersiach wydłużone, to będzie się chować, jeśli zaś krótkie i są w nich zagłębienia lub jamki, to umrze.

16) Dla pewnego dowiedzenia się jakiego rodzaju po nowonarodzoném będzie następne dziecko, może służyć oznaka, że jeżeli włosy u niego równo zarośnięte z tyłu jakby podcięte, to będzie chłopiec, jeżeli nierówno, to następne dziecko będzie dziewczyna.

---

[1]) Położna zamieszkała w miasteczku Łysiance pow. Zwinogródzkiego p. Owsiana w r. 1873 była wezwaną jednocześnie z Drem Warschauerem ze Zwinogródki dla udzielenia pomocy pewnéj rodzącéj włościance z powodu zatrzymania łożyska. Znaleźli położnicę siedzącą na kolanie mężczyzny, który ją trząsł nielitościwie, z pochwy macicznéj wysterczała pępowina z przywiązaném do niéj 3 ½ funta mogącym mieć ciężarem. Po opatrzeniu położnicy lekarz znalazł w macicy drugie jeszcze nienarodzone nieżywe dziecko z rozmiażdżoną głową w skutek rozmaitych widocznie sposobów używanych.

17) Pomiędzy ziołami, jakie święcą w dniu 4 sierpnia na tak zwanego Makoweja znajduje się wiele ziół, które mają lecznicze znaczenie, służąc do rozmaitych okadzań, przeciw zarazom, urzeczeniom, do picia i kąpieli nowonarodzonym dzieciom. Matki powinny bardzo się wystrzegać, aby pomiędzy temi ziołami nie było czasem barwinku (*Vinca parvinca)*, w takich bowiem ziołach skąpane dziecko zostanie najnieszczęśliwszém, a nawet chować się nie będzie.

Oto są obok wielu innych najczęstsze przesądy lekarskie spotykane na Rusi Ukraińskiéj w położnictwie, z którėmi lekarz się spotyka codziennie i codziennie musi zawzięcie walczyć, a nim jaki z tego osiągnie skutek, wiele jeszcze w Dnieprze wody upłynie. *Jan Iłgowski.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Demme (Berno): **O epidemii zapalenia gruczołu przyusznego.**

Epidemija zapalenia gruczołu przyusznego, którą prof D. spostrzegał, mało różniła się od innych epidemij téj saméj choroby. Niektóre tylko szczegóły zasługują na uwagę. W kilkunastu przypadkach mógł D. wykazać przenoszenie się choroby z jednéj osoby na drugą. Biedert przypuszcza czas wylęgania się choroby na 9—25 dni, D. tylko 8—15 dni. W jednym przypadku tylko *3* dni. Ciepłota ciała podwyższona nie przekraczała 38·0—38·5°C., w kilku tylko doszła do 40° a nawet wyjątkowo i do 41°C. W kilku cięższych przypadkach obrzęk nie ograniczał się do saméj tylko okolicy gruczołu przyusznego, ale zajmował i całą połowę szyi po téj saméj stronie, tak, że łatwo można było chorobę wziąść za *angina Ludwigii.* W większéj połowie przypadków zajęte były oba gruczoły przyuszne, w kilku nawet i gruczoły podszczękowe i podjęzykowe. W kilku przypadkach przyszło po przebytém zapaleniu gruczołu przyusznego do gruźliczéj sprawy w innych gruczołach szyi. Najmłodsze dziecko miało 3 tygodnie, najstarsze 17 lat. W dwóch przypadkach przyszło w następstwie wspomnianego zapalenia do zapalenia ropnego ucha środkowego, w dwóch do obumarcia lica przypominającego zupełnie raka wodnego. (*Wiener med. Blätter* 1888, Nr. 51). *Dr. Kraus.*

(*) Otrzymaliśmy list następujący, który umieszczamy jako dodatek do rozprawy obszerniejszéj, ogłoszonéj w Nrze 50—52. z r. 1888.

Leczyłem w grudniu r. z. ospę nagminną w gminie Czernicy. Przy sposobności odwiedzania chorych ospowatych zaprowadzono mnie i do chaty, gdzie niespodziewanie zamiast chorych na ospę zastałem pod Nr. 39 aż 5 osób durem brzusznym złożonych, a to 24 letnią Katarzynę Stepaniuk pod koniec 3go tygodnia słabości, 12 letnią Hanię i 20 letniego Andrzeja St. w drugim tygodniu słabości, 18 letnią zaś Maryjannę dopiero od tygodnia słabą. W domu tym przed $4\frac{1}{2}$ tygodniami zasłabł był najpierw sam gospodarz 40 letni Andrzej, a po nim żona jego Hania, która do chwili obecnéj jeszcze chorą leży i gorączkuje. Śledząc zkąd by słabość ta tak zlokalizowana wprowadzoną być mogła, udawałem się z chaty do chaty, aż w końcu odnalazłem dom, w którym słabość ta w Czernicy najpierw wystąpiła. Rozmowna i dla lekarza dość przychylnie usposobiona gospodyni domu tego 40 letnia Katarzyna Baranowska, wdowa, zdała mi tu taką relacyję: Na Matkę Boską ruską, było to we czwartek w październiku (8/10 1888) wybrałam się wraz z moją najstarszą córką 20 letnią Teodorą na prażnik do Suchowoli, a przybywszy tam koło 11téj rano zaszliśmy do domu Iwasia Hutniaka, gdzie podówczas żona jego 41 letnia Hania właśnie co po tyfusie przebytym z łóżka wstała, 11 letni Filip zaś już od paru tygodni chodził, a 17 letni Ilko jeszcze w łóżku leżał. Sam gospodarz Iwaś czuł się już od dni 4 słabym i miał początki tyfusu. (Chata ta jest mi znaną dobrze w Suchowoli, leży ona pod Nr. 46, gdyż sprawdzając tyfus brzuszny w Suchowoli w dniu 16/11 1888, znalazłem tam już pierwsze 3 osoby chore na tyfus). W domu tym pozostaliśmy na obiedzie u Iwasia, a gospodarz mimo znacznego swego osłabienia usiadł przy nas. Po obiedzie nie zabawiliśmy już dłużéj w domu tym nad 2 godziny i pod wieczór z końcem nabożeństwa nieszpornego odeszliśmy ku domowi. Powróciwszy do domu z córką uczułam zaraz na drugi dzień ból głowy, moja córka Fedorka dostała atoli bólu głowy dopiero we 3 dni późniéj tj. w niedzielę pod wieczór. Mimo to pracowałyśmy obie w domu daléj i zajmowałyśmy się gospodarstwem, dopiero we środę na drugi tydzień tj. w 13tym dniu uczułam, że siły mnie coraz więcéj opuszczają, tak że po silnych dreszczach, jakie przed południem dostałam, byłam zmuszoną położyć się do łóżka. Moja córka położyła się do łóżka aż pod wieczór tego samego dnia, a słabość tę poprzedzały i u niej również dreszczyki. Obie wyleżałyśmy wśród ustawicznéj gorączki przez blisko 5 tygodni. Po nas zasłabł w tym domu najpierw mój zięć 30 letni Franuś, a to we 3 tygodnie i 2 dni, gdy my już się do łóżka były położyły, w kilka zaś dni późniéj powoli i reszta dzieci (14 letnia Hania, 5 letnia Ewa, 10 letnia Marysia).

Obserwacyja ta pouczałaby: 1) Że okres wylęgania się tyfusu (myślę tu o chwili, w któréj dreszcze przechodzą i właściwą chorobę rozpoczynają) wynosi mało co więcéj nad 13 dni. 2) Że tyfus nie zaraża wyziewami z płuc, powłok skórnych, lecz najprawdopodobniéj tylko wydzielinami stolcowemi, albowiem zięć Katarzyny B. wraz z innemi dziećmi nie zasłabli we 13 dni późniéj, licząc od chwili początku tyfusu u kobiet powyższych, lecz we 13 dni (najprawdopodobniéj) od chwili, gdy u tyfusowych stolce rozwodnione zazwyczaj stale się pokazują, t. j. od końca pierwszego tygodnia słabości; że 3) zwiastuny silnego zatrucia, że tak powiem jadem tyfusowym, występują juz rychło, (w dniach 2—5), jakkolwiek do rozwoju słabości późniéj przychodzi. *Dr. Antoni Pietrzycki.*

(†) Dr. Dühring przytacza pouczający przykład zarażenia się gruźlicą. 14 letnia dziewczyna zupełnie zdrowa i ze zdrowéj familii zaczęła nosić kolczyki, które otrzymała od swéj przyjaciółki, zmarłéj na gruźlicę. Z miejsca przekłócia na lewém uchu zaczęła wkrótce wydzielać się ropa, wystąpił obrzęk gruczołów limfatycznych na lewéj stronie szyi i przytłumienie lewego szczytu płuca. Zbadanie granulacyi wziętych z wrzodu na uchu wykazało istnienie prątków Kocha.

(†) **Rosya.** Dr. Kosticyn w artykule o Pasteurowskich szczepieniach przytacza dwa przypadki pokąsania przez wściekłego wilka. Jeden wilk pokąsał w ciągu jednego dnia na przestrzeni 10 wiorst 8 ludzi. Z tych troje umarło: 6ty, 4ty, 3ci według porządku ukąszenia, przyczém zastosowano u wszystkich ochronne szczepienie w moskiewskiéj stacyi Pasteurowskiéj. Drugi wilk pokąsał 6 ludzi w ciągu 2 dni na przestrzeni 50 wiorst. Żaden z pokąsanych nie zgodził się jechać do stacyi Pasteurowskiéj; umarł zaś tylko jeden (4ty) ukąszony. (*Wracz* 1889, Nr. 5).

(†) Drom Roux i Yersin udało się wyjaśnić etyjologiję dławicy. Dotychczas infekcyjny charakter téj choroby nie był stanowczo udowodnionym, ponieważ: 1o szczepienie zwierzętom prątków, znajdowanych w miejscach zarażonych chorobą nie wywoływało u nich objawów tak charakterystycznych dla dławicy, 2o nie we wszystkich przypadkach dławicy można było wykazać te prątki i nareszcie znaleziono w jamie ustnéj zupełnie zdrowego dziecka prątek identyczny z dławicowym. Drom zaś R. i Y. udało się za pomocą szczepienia wywoływać porażenia. Nadto wykazali oni, że przyczyną choroby jest nietylko sam prątek, lecz i jad chemiczny przezeń wytworzony. A mianowicie sącząc kultury tych prątków przez blaszkę dziurkowatą, otrzymywali oni ciecz przeźroczystą, nie zawierającą żadnych mikroorganizmów. Ciecz ta jednak wstrzyknięta zdrowym zwierzętom wywoływała szybką śmierć. Własności tego jadu dotychczas nie zbadano. (*Wracz* 1889, Nr. 2).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 21 marca. Na wczorajszém posiedzeniu wniósł kol. Rydygier, aby długich dyskusyj nie odczytywano, lecz aby każdy przemówienia swe spisał i oddawał sekretarzowi, skutkiem czego zyska się na czasie. Większością głosów przyjęto ten wniosek. Następnie kol. Bukowski przedstawił chorą z oddziału prof. Obalińskiego, u któréj w jesieni r. z. wykonano arthrectomiję kolana lewego i wyskrobano część kości golenio-

wéj z powodu sprawy gruźliczéj; chora ta używa odnogi dobrze i zgina ją swobodnie nieco więcéj niż do kąta prostego. Poczém kol. Gluziński przedstawił chorego z kliniki prof. Korczyńskiego, okazującego ciekawe zmiany w zakresie układu nerwowego po urazie kosą w okolicę między 1 a 2 kręgiem piersiowym i przecięciem tamże rdzenia pacierzowego do połowy. W dyskussyi zabierają głos kol. Paszkowski, Korczyński, Bossowski, Krokiewicz i prelegent. Kol. Korczyński przedstawił chorego, który skutkiem rany postrzałowéj przed 4ma laty w lewą połowę klatki piersiowéj zadanéj, cierpi obecnie na otok ropny lewéj połowy klatki piersiowéj i ograniczoną odmę po téjże stronie. W dyskusyi zabiera głos kol. Paszkowski, Bossowski i prelegent. W końcu kol. Rydygier okazał chorą, cierpiącą na *carcinoma coeci*, która 3 laparotomije zniosła bardzo dobrze. W dyskusyi zabierają głos kol. Paszkowski, Obaliński i prelegent. Zapowiedziany odczyt kol. Marsa odłożono z powodu spóźnionéj pory do następnego posiedzenia.

* **Lwów**. Od Zarządu „Lecznicy powszechnéj bezpłatnéj“ otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

D. 15 stycznia b. r. otwartą została „Lecznica powszechna bezpłatna“ we Lwowie przy ul. Sykstuskiéj l. 31, gdzie ubogim chorym przychodnim udzielaną będzie bezpłatna rada lekarska, a względnie i pomoc operacyjna. W Lecznicy téj ordynują: w oddziale chorób wewnętrznych Drowie Ebers, Głuziński, Janda, Pisek, Sochański i Wiczkowski; w oddziale chirurgicznym Drowie Barącz, Gostyński i Ziembicki; w oddziale chorób kobiecych Drowie Bylicki, Festenburg i Stroynowski; w oddziale chorób dzieci Drowie Kniaziołucki i Wachtel; w oddziale chorób skórnych i wenerycznych Dr. Kossak; w oddziale chorób ust i zębów Dr. Fuchs. W niedziele i dnie świąteczne Lecznica jest zamknięta.

* Lekarz powiatowy kol. Dr. Wurst donosi nam, że Rada powiatowa w Kałuszu uchwaliła kwotę 50 zł. a. na zakupno krowianki na tegoroczne szczepienie wiosenne.

(*) Od kol. Dr. Michalskiego Seweryna z Tomaszowa Lubelskiego otrzymaliśmy 1 rubel przeznaczony na rzecz funduszu dla wdów i sierot po lekarzach we Lwowie.

(†) **Rosyja**. Kurator Moskiewskiego okręgu naukowego dozwolił kobietom pracować w aptece uniwersyteckiéj.

Zarząd m. Odessy uchwalił oddać jeden morg ziemi, należącéj do miasta, dla fizycznych ćwiczeń uczniów szkół miejscowych.

(†) **Francyja**. W Paryżu odbyło się 10 lutego b. r. walne zgromadzenie członków Nadsekwańskiego Lekarskiego Towarzystwa wzajemnéj pomocy. Towarzystwo to, istniejące drugi rok, ma na celu wydawanie członkom w razie choroby po 10 franków codziennéj zapomogi. Wkładki członków wynoszą 10 fr. miesięcznie. Towarzystwo to obecnie świetnie się rozwija: tak w ubiegłym roku wynosiły dochody 20259 fr., a rozchody 4902 fr. W ten sposób przy końcu drugiego roku swego istnienia posiada ono koło 16000 fr. funduszu zapasowego. Liczba członków tego Towarzystwa wynosiła z początku 76, obecnie zaś doszła do 150 osób. (*La Tribune médicale*).

Paryzki Wydział lekarski przyznał nagrodę Lacaze'a wynoszącą 10,000 fr. Drowi Malassez za jego prace o gruźlicy. Prace Malasseza oceniali: Potain, Jacoud, Grancher i Straus. (*Le Bulletin médical*).

W Paryżu odbędzie się, podczas tegorocznéj wystawy, międzynarodowy zjazd dermatologów i syfidologów. Posiedzenia będą publiczne. Członkowie zjazdu będą mogli wygłaszać odczyty w swym własnym języku. Członkowie będą mogli podnieść roz maite kwestyje, lecz przez komitet zjazdu polecone są następujące: 1. O składzie grupy liszaju (*Lichen*). 2. Łupież czerwony. O pierwotnych ogólnych formach odłuszczającego się zapalenia skóry. 3. O pęcherzycy. 4. O włosozroście. 5. O przeprowadzeniu i czasie trwania leczenia kiły. 6 O względnéj częstości kiły trzeciorzędnéj i o warunkach, sprzyjających jéj rozwojowi.

Za inicyjatywą Paryzkiego Towarzystwa terapeutycznego, odbędzie się w Paryżu międzynarodowy zjazd terapeutów podczas wystawy tegorocznéj. Wszelkich informacyj w tym względzie, udziela sekretarz Dr. Bardet (119, *rue Notre-Dame des Champs à Paris*).

Paryzka Akademija lekarska ogłosiła nagrodę 1000 franków za najlepszą pracę pod tytułem „O rozwoju narządów zmysłowych wzroku i słuchu w 1ym i 2im okresie dziecięctwa“. Prace powinny być nadesłane do Akademii najdaléj do 1go marca 1890 roku.

(†) **Ameryka**. Redakcyja gazety „*Chicago Times*“ w celu dowiedzenia się o nazwiskach lekarzy i akuszerek zajmujących się wywoływaniem sztucznych poronień uciekła się do następującego wybiegu. Pracująca przy redakcyi młoda i piękna kobieta odwiedziła wielu lekarzy i akuszerek i ze łzami w oczach prosiła o wywołanie poronienia. W rezultacie ogłoszono na drugi dzień na szpaltach dziennika spis osób zajmujących się sztucznem poronieniem. W liczbie tych osób było kilka znanych nazwisk lekarzy. Wyrokiem osobnéj komisyi, wybranéj z łona *Medical Society*, skazano jednego z tych lekarzy Thurstona na wykluczenie z towarzystwa, drugiego zaś Coeya uniewinniono, ponieważ tenże zgodził się na prośbę młodéj kobiety tylko pozornie i zawiadomił o tém policyję.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lozanna**. Dr. Rabow z Strassburga mianowany został profesorem psychijatryi. — **Bonn**. Dr. Petmann, dotychczas dyrektor zakładu w Grafenburgu mianowany został dyrektorem zakładu w Bonn i nadzw. prof. psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe**. JE. p. Namiestnik przeniósł lekarzy powiatowych Dr. Andrzeja Hordyńskiego z Rohatyna do Jaworowa, Dr. Józefa Tugendhata z Biały do Niska, Dr. Wincentego Nycza z Jaworowa do Biały i asystenta sanitarnego Dr. Tytusa Wasylewskiego z Niska do Rohatyna.

(*) **Nekrologija**. W Paryżu umarł Dr. Legouest, inspektor jeneralny armii francuskiéj; — w Lugdunie prof. psychijatryi Perroud.

W Tarnowie umarł Dr. Jakób Kreutzer w 84 roku życia. Zmarły był dawniéj prymaryjuszem szpitala powszechnego, lekarzem ordynującym w szpit. izraelickim, członkiem Rady szkolnéj miejscowéj, a w uznaniu zasług wieloletnich obywatelskich i lekarskich mianowany został obywatelem honorowym m. Tarnowa. Cześć pamięci zmarłego kolegi!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 10: Adamkiewicza: Porażenie połowicze postęp. nn. mózgowych (dok.); — Dobrzyckiego Sławuta (c. d.); — Innych pism lekarskich polskich dotąd nie otrzymaliśmy.

Redakcyja otrzymała:

Doc. Dr. LEWIN (w Berlinie): Ueber Hydroxylamin. Ein Beitrag z. Kenntniss d. Blutgifte. (Odbitka z *Archiv f. exp. Path. u. Pharmak.*). Lipsk, 1889, 8vo, str. 22. — Dr. KUCHARZEWSKI: O przesięku do kiszek pod wpływem soli przeczyszczających. (Odbitka z *Gaz. Lek.*, 1889), in 8vo. str. 10. — Prof. OBALIŃSKI: O wtórorzędnéj t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj niedrożności jelit. (Odbitka z *Przegl. Lek.*). — Dr. F. OBTUŁOWICZ: Ueber Flecktyphusepidemie u. deren Verbreitung. (Odbitka z *Oest. Sanitätsbeamte*, 1889), in 8vo, str. 12. — Prof. Dr. HLAVA: Ochranne očkovani, bakteriotherapie a immunita, v Praze, (in 8vo, str. 18). — Prof. THOMAYER: Poznamky o žlučnich kaméncich (in 8vo, str. 16). — Dr. PEČIRKA: O plešalosti (in 8vo, str. 29). — Prof. THOMAYER: Bezvědomi a jego diagnost. význam, in 8vo, str. 83). — Dr. KRAJEWSKI i WRÓBLEWSKI: Rak krtani. Całkowite wycięcie. (Odbitka z *Medycyny*, 1889), in 8vo, str. 41. — Dr. KRAJEWSKI: Berichtigungen u. Ergänz. zu Morell Mackenzies statist. Angaben ü. Totalexstirpation krebs. Kehlköpfe. (Odbitka z *D. med. Woch.*, 1889), in 8vo, str. 7. — Prof. OBALIŃSKI: Ueber d. temporäre Resection d. Unterkiefers. (Odbitka z *W. med. Presse*, 1889), in 8vo, str. 4. — Dr. PUŁAWSKI: Z kazuistyki chorób żołądka. (Odbitka z *Gaz. Lek.*, 1889), in 8vo, str. 11. — Dr. A. SOKOŁOWSKI: Ü. d. Heilbarkeit u. örtl. Behandlung d. sog. Kehlkopfschwindsucht. (Odbitka z *W. med. Woch.*, 1889), in 8vo, str. 14. — Dr. J. POLAK. Uwagi n. instrukcyją o kanalizowaniu domów. Warszawa, 1889, in 12, str. 48. — Bericht u. d. 2te Wanderversammlung d. Vereins d. Aerzte i. d. Bukowina. Czernowitz 1889, in 8vo str. 47. — Dr. R. BARĄCZ: 4 Fälle v. Kontinuitätsunterbindung d. Ae. Vertebrales b. Epilepsie (Odbitka z *W. med. Presse* 1889) in 8vo str. 15.

(*) **Sprostowanie**. W Nrze 9 str. 114 szpalcie 1éj wiersz 8 od góry zamiast 489,872 ma być 189,872. W końcu zaś tego sprawozdania niewłaściwie podano „*Wracz* 1888, Nr. 48 —49“.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. H. K. w R. Otrzymaliśmy. — **Dr. C. w C.** Otrzymamaliśmy i umieścimy. — **Dr. I. H. w O.** Zgoda.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 30 Marca 1889. Nr. 13.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty?

napisał

Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

Kiła to nowożytne morowe powietrze, jak ją słusznie nazwał Fournier, jest jak każda choroba przyrzutowa podwójnie groźną a mianowicie: raz dla dotkniętego nią, bo tenże nie może przewidzieć ani lekarz nie może przepowiedzieć, jakim będzie przebieg choroby, a powtóre dotknięty tą chorobą bywa bardzo często samowolnie lub mimowolnie źródłem i przyczyną szerzenia się choroby. Leczenie więc kiły ma również podwójne zadanie, t. j. wyleczyć dotkniętego chorobą i drugie bardzo ważne: ochronić niedotkniętych od choroby bardzo łatwo się udzielającéj. Pozornie zdawałoby się, że można łatwiéj ochronić się od kiły, która przeważnie przez obcowanie płciowe się udziela — aniżeli od wielu chorób zakaźnych i dlatego właśnie, że nabycie choroby dość często jest poniekąd aktem dobrowolnym, mniéj do niedawna zwracano uwagę na środki ochronne kiły.

Niezmierne spustoszenia, jakie czyni ta choroba od pierwszéj chwili pojawienia się w Europie do dnia dzisiejszego, nawołują wszelkie władze, aby kiłą się zaopiekowały, ale mimo to rezultat zabiegów nie jest wielki, co w poważnéj części przypisać należy naszéj niemocy w leczeniu i zapobieganiu téj choroby. Od chwili pojawienia się choroby w Europie, a więc przez cztery wieki, stosujemy prawie jedne i te same środki — a mimo to nawet w najkardynalniejszych zagadnieniach nie ma zgody. Chociaż liczba przeciwników rtęci z każdym dniem się zmniejsza, przecież szukamy i innych sposobów leczenia z zamiarem uniknięcia używania rtęci, która niewątpliwie jest najdzielniejszym środkiem w leczeniu kiły.

Ważność sprawy leczenia kiły udowadnia już ta okoliczność, że ona nie schodzi z porządku dziennego zjazdów i kongresów lekarskich i mimo, iż najznakomitsi lekarze i największe powagi naukowe nią się zajmują, nie umiemy podać, jakie leczenie jest najstósowniejsze i najracyjonalniejsze. Gdy w leczeniu kiły dwa względy mamy na celu, t. j. wyleczenie dotkniętego i powstrzymanie szerzenia się choroby, takie leczenie byłoby najracyjonalniejsze, któreby w najkrótszym czasie usuwało doszczętnie chorobę, zabezpieczałoby od groźnych następstw i zmniejszało ilość recydyw, czyli co na jedno wychodzi, zmniejszałoby ilość źródeł choroby. Ponieważ profylaksa kiły jest doniosłego znaczenia, przeto najmniéj zasługuje leczenie wyczekujące (niekiedy dające dobre wyniki) na częste zastosowanie w praktyce, albowiem leczeniu wyczekującemu towarzyszą najczęstsze nawroty chorobowe, a przez to samo najdłużéj utrzymują się źródła chorobowe. Ponieważ zaś leczenie rtęcią jest najefektowniejsze, i najprędzéj prowadzi do celu i najszybciej usuwa zmiany, dlatego ma ono najwięcéj zwolenników. Dotąd jednak nauka nie odpowiedziała, w jaki sposób użyta rtęć najłatwiéj usuwa chorobę i jakkolwiek w ostatnich czasach coraz nowsze sposoby stosowania rtęci powstają, długo będziemy czekać, zanim nauka ostatnie słowo w tym względzie wypowie.

W leczeniu kiły mówimy zawsze dużo o indywidualizowaniu, a mimo to szukamy szablonu, któryby był drogoskazem, jak postępować powinniśmy.

Indywidualizowanie jest rzeczą bardzo ważną, albowiem od niego zależy w głównéj części efekt leczenia. Powinniśmy już raz przyjść do przekonania, że nie w czém inném, tylko w osobniku, dotkniętym chorobą, należy szukać przyczyny, że jeden i ten sam jad wywołuje tak różnorodne zmiany — raz bardzo lekkie, drugi raz bardzo groźne, a gdy tak jest, z góry przepowiedzieć można, że w każdym przypadku leczenie kiły powinno być inne i że to, co w jednym przypadku będzie bardzo użyteczne, może być w drugim przypadku bardzo szkodliwe. Że tak jest, najłatwiéj udowodnić na przykładzie. Gdy kiłą dotknięty jest narząd ważny, którego zniszczenie może pociągnąć za sobą utratę życia, wówczas nie oglądamy się na nic i leczymy najenergiczniéj, choćby nawet objawy zajęcia ust istniały. Inaczéj jednak postąpimy n. p. w czasie leczenia wysypki wrzodzącéj, która

tém łatwiéj ustąpi, w im korzystniejszych warunkach hygienicznych ustrój leczonego znajdować się będzie. W obu razach leczymy jednę i tę samę chorobę, ale w pierwszym razie bez przerwy rtęć podawać będziemy, w drugim zaś podawanie rtęci byłoby bezwarunkowo szkodliwe. Leczenie więc według z góry oznaczonéj metody nigdy nie będzie możliwe, a brak indywidualizowania jest najsłabszą stroną wszystkich metod leczenia, których coraz więcéj się mnoży. Nietylko jednak indywidualizowanie chorego, ale i indywidualizowanie choroby, to jest uwzględnienie jéj okresu, jest bardzo ważną rzeczą.

Podniosłem sprawę indywidualizowania dlatego, bo w dalszym ciągu podaję również sposób leczenia niekiedy bardzo skuteczny, a chciałbym się uchronić od zarzutu, jakobym o indywidualizowaniu nie pamiętał.

Poprzednio powiedziałem, że najracyjonalniejszém byłoby leczenie, które usuwało w najkrótszym czasie doszczętnie chorobę, zabezpieczało od groźnych następstw i zmniejszałoby ilość recydyw, czyli zmniejszało ilość źródeł choroby; w nagłówku zaś wypisałem: jakie leczenie daje najlepsze rezultaty. Nie chcąc, aby czytelnik sądził, że zdołam odpowiedzieć na zapytanie, z góry się zastrzegam, iż zdaniem mojem odpowiedź obecnie nie jest możliwą i nauka dać ją może po zbieranych doświadczeniach długie lata trwających; jeżeli zaś po kilkoletniem już doświadczeniu poważam się podać sposób leczenia, to czynię to jedynie, aby zachęcić innych do robienia doświadczeń, które z tego względu zasługują na uwagę, że przy tym sposobie leczenia ilość recydyw na częściach płciowych jest z d a j e m i s i ę z n a c z n i e m n i e j s z y niż przy innych sposobach leczenia, a przebieg zazwyczaj łagodniejszy niż w zwykłych warunkach. Gdyby przytoczone twierdzenie się sprawdziło, byłoby to ważną rzeczą, bo niewątpliwie ilość zapadających na kiłę przez zarażenie się przy spółkowaniu byłaby mniejszą. W dalszym ciągu przekona się czytelnik, że rzecz przedłożona nie jest nową, ani środki użyte nie są nowe, a może tylko sposób przeprowadzenia leczenia odpowiada zapatrywaniom bakteryjologów na choroby zakaźne a w szczególności wypływa z teoretycznych poglądów, jakie o istnieniu kiły i jéj rozwoju obecnie posiadamy.

W wykładzie o poronném leczeniu kiły, mianym na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie (który to wykład nawiasem mówiąc wkrótce ogłoszę), zdaje mi się, udowodniłem, że pierwotny objaw kiły bywa co najmniéj niekiedy objawem miejscowym choroby i że przez doszczętne zniszczenie jego udaje się nam wyjątkowo zupełnie wyleczyć kiłę, a właściwie do jej rozwoju nie dopuścić. Jakkolwiek prątków kiłowych dotąd stanowczo nie odkryto, bardzo prawdopodobne jest przypuszczenie, że prątki są przyczyną kiły, a pasorzytnicza istota kiły zupełnie godzi się z przypuszczeniem, że nie zaraz w jednéj chwili zostaje organizm cały zakażony, ale, że zakażenie zwolna się odbywa i przez bliżéj nieoznaczony czas i zapewne w różnych przypadkach różnie długi, choroba jest czysto miejscową.

Mówiąc słowami Baumgartena tak sobie wyobrażamy szkodliwe dla organizmu działanie prątków, przyczyny chorób zakaźnych: Gdy dany rodzaj bakteryj dostanie się do utkania zwierzęcego — osiedli się i rozmnoży — wówczas osobniki bakteryj muszą, aby się odżywić, żyjące soki tkanin i żyjącą protoplazmę komórek rozłożyć i ich chemiczną konstytucyję odpowiednio dla swego odżywienia zmienić. Tę zmianę uważać możemy w myśl zapatrywań Virchowa, jako draźnienie (Reiz), a gdy każde draźnienie żyjących komórek wywołuje zmiany w życiu komórek pod względem odżywiania, formy i funkcyi — musi takie draźnienie wywołane obecnością bakteryj w tych kierunkach się objawić. Głównie objawiają się zmiany w odżywianiu zadraźnionych komórek i gdy draźnienie było bardzo silne i szybko działające, może nastąpić śmierć komórek (Nekrobiosa, Virchow) albo, gdy draźnienie było słabsze i powolniéj działające, komórki bujają i tworzeniem nowych elementów oddziaływają na draźnienie (*Formative Reizung*). Do tego dołączają się zmiany w funkcyji, a wynikiem téjże jest wystąpienie z naczyń tych rzeczonego, łatwo krzepiącego płynu wraz z ciałkami szczególnie białemi i t. d. Aby to wszystko stać się mogło, musi proces być najpierw miejscowy i dopiero zwolna czy to drogą naczyń krwionośnych, czy limfatycznych, czy też drogą tkanin powoli się uogólnia. Zastosowując ten pogląd do kiły, wyobrażamy sobie, iż przyrzut kiłowy przez pewien czas zajmuje miejsce wejścia jadu i jego najbliższą okolicę — potém zwolna się rozradza w temże miejscu i zwolna dostaje się do gruczołów limfatycznych i tu znowu się rozradza. W następstwie szkodliwego działania przyrzutu wytwarza się najpierw pierwotny objaw kiły w miejscu wejścia przyrzutu, a wkrótce potem czasem równocześnie powiększają się i charakterystycznie obrzmiewają i twardną gruczoły.

W gruczołach limfatycznych rozradza się przez dłuższy czas przyrzut, którym bywa zasilany cały ustrój i gdy odpowiednia ilość przyrzutu dostanie się do ogólnego obiegu krwi, występują widoczne objawy ogólnego zakażenia, które w tych miejscach i tkaninach najsilniej się objawiają, w których draźnienie z jakiegokolwiek powodu jest najsilniejsze, jak to codzienne doświadczenie uczy. Jeśli tak jest, gdy pierwszym etapem i miejscem rozradzania się przyrzutu jest miejsce, przez które przyrzut dostał się do organizmu, wskazaną jest rzeczą ze stanowiska teoretycznego usunąć je i zrobić nieszkodliwemi, co najłatwiéj uskutecznić za pomocą wycięcia. Doświadczenie poucza, że teoryję popierają dodatnie, choć b a r d z o n i e l i c z n e r e z u l t a t y po wycięciach, za pomocą których udaje się niekiedy zapobiedz kile. Niestety zdarza się dla wycięć bardzo rzadko sposobność, gdyż albo rozpoznanie stanowcze nie jest możliwe, albo umiejscowienie pierwotnego owrzodzenia dla wycięcia nie wygodne, albo co najczęściéj się zdarza, chorzy tak późno się zgłaszają o pomoc, że już zajęcie gruczołów limfatycznych wskazuje rozrodzenie się przyrzutu w gruczołach. W myśl teoretycznych przypuszczeń, gdyby usunięcie pierwotnego objawu — pierwszego etapu było bez korzyści, należałoby zwrócić uwagę na drugie miejsce, w którém się przyrzut rozradza, a tem są gruczoły limfatyczne.

Godzę się w zupełności z zapatrywaniem tych, którzy nieprzemawiają za wycinaniem gruczołów zajętych w kile, a najbliżéj miejsca wejścia przyrzutu do ustroju ułożonych, wraz z pierwotnym objawem kiły, jakkolwiek dwa przypadki tego rodzaju, obserwowane przezemnie, miały przebieg bardzo łagodny. Zdaje mi się bowiem, że w chwili, kiedy od dłuższego czasu zajęte są gruczoły, niewątpliwie część przyrzutu już krąży we krwi, a zresztą doszczętne wyjęcie gruczołów nie należy do zbyt łatwych rzeczy i ze słusznością przypuścić można, że pozornie niezajęty gruczoł rzeczywiście jest zajęty, z drugiéj strony niepodobna z pewnością wykluczyć, czy daléj ułożone gruczoły limfatyczne nie dzierżą w sobie przyrzutu, który n. p. po wyjęciu gruczołów pachwinowych mógłby się rozrodzić w gruczołach biodrowych. Upatrując jednak w gruczołach pachwinowych najpoważniejsze źródło

zakażenia, zdawało mi się koniecznem w myśl teoretycznych rozumowań zadziałać w ten sposób na gruczoły zajęte, aby utrudnić dostanie się przyrzutu z tychże do ogólnego obiegu krwi. Uważając zajęcie gruczołów jako symptom zakażenia i źródło rozradzania się przyrzutu, a wiedząc, że najłatwiéj objawy kiłowe ustępują pod wpływem rtęci, postanowiłem od pierwszéj chwili stanowczego rozpoznania kiły, usuwać objaw chorobowy przez użycie rtęci w postaci szaréj maści do miejscowych wcierań w okolicę zajętych gruczołów. Liczne doświadczenia przypadkowo i z umyslu robione, a wskazujące fakt niezbity, że objawy kiłowe tém raźniéj ustępują, im bliżéj siedziby objawu rtęć zastósowano, usprawiedliwiały moje postępowanie, użyłem zaś do miejscowego leczenia rtęci w postaci maści szaréj, bo ta zdaniem mojém przewyższa wszystkie dotąd przetwory wewnętrznie i podskórnie używane i przytém nie mogłem odmówić dodatniego wpływu samemu uciskowi, towarzyszącemu wcieraniom dłuższy czas trwającym. W myśl tego rozumowania leczyłem, a mianowicie, gdzie tylko było możliwe, usuwałem za pomocą wycięcia pierwotne objawy kiły, już to w postaci owrzodzeń lub stwardnień, gdy byłem pewny rozpoznania, gdy ono — powtarzam — nie ulegało żadnéj wątpliwości, rozpoczynałem zaraz po wycięciu pierwotnego objawu kiły miejscowe wcierania. Robiłem to w przypadkach wycięcia dlatego, bo własne doświadczenie pouczyło mnie, iż po wycięciach w najkorzystniejszych warunkach dokonanych i z wszelką przezornością zawsze prawie następował obrzęk gruczołów limfatycznych najbliżéj pierwotnego objawu kiły ułożonych, a potem ogólne jakkolwiek najczęściéj łagodne objawy zakażenia. Zanim pokrótce przytoczę, jaki rezultat otrzymywałem, opiszę dokładnie sposób. jak postępowałem.

Oto bez względu na to, czy wycięcie było możliwe, czy nie było możliwe lub nie miało żadnéj racyji, t. j. gdy był obrzęk naczyń na grzbiecie prącia i w rowku żołędziowym lub silniéj wytworzony obrzęk gruczołowy w obu pachwinach lub przynajmniéj w jednéj pachwinie — rozpoczynałem od miejscowych wcierań, dokonywanych codziennie, późniéj co 2 lub 3 dzień w okolicę zajętych gruczołów z chwilą stanowczego rozpoznania, zawsze przed wystąpieniem ogólnych objawów, nie oglądając się na czas trwania choroby. Zapisywałem w tym celu na dzienną dawkę co najmniéj 1·5– 2·00 gramów maści szaréj, przekonawszy się, że mniejsze dawki są za mało skuteczne i polecałem całą ilość wcierać w obie pachwiny, przyczém żądałem, aby wcieranie na każdą pachwinę trwało co najmniéj 10—15 minut. Już po kilku wcieraniach zwykł powstawać wyprysk w okolicy nacieranéj, co mnie nie powstrzymywało od dalszych wcierań, a tylko w razie wystąpienia tak silnego wyprysku, iż wcieranie a nawet chodzenie było uciążliwe, zalecałem kilkudniową przerwę.

Dla szybszego ustąpienia zmian wyprysku wystarczało dokładnie umyć wodą i mydłem część zajętą, a swędzenie ustępowało po użyciu jakiegokolwiek tłuszczu do nacierań. Z chwilą ustąpienia wyprysku znowu polecałem dalsze wcierania i rzadko mi się zdarzało, abym z powodu powtórnego wyprysku leczenie przerywać musiał. Tutaj dodać muszę, że skutek leczenia zależał zawsze od sumiennego wypełnienia poleceń, a wyprysku tém łatwiéj unikali leczeni, im dokładniéj przed każdém wcieraniem zmywali i osuszali część poprzednio smarowaną. Ma się rozumieć, że prócz tego leczyłem owrzodzenie, względnie stwardnienie, środkami miejscowemi, jak n. p. przymoczką z azotanu srebra (0·4—1 00), proszkiem jodoformowym, rzadziéj jodolem, jako mniéj skutecznym, maścią z tlenku czerwonego (0·5—1 na 10 tłuszczu), przylepcem rtęciowym z mydlanym (*Empl. hydr. c. sapon.-āā*) a w razie stwardnienia bez owrzodzenia pomazywałem często rozczynem wyskokowym sublimatu (0·5—10), gojąc powstające po tych pomazywaniach powierzchowne nadżerki przykładaniem waty po najdokładniejszém obmyciu i przy utrzymywaniu największéj czystości.

Prócz tego zachowywać polecałem wszelkie ostrożności, jakich wcierania wymagają, a więc nakazywałem utrzymywanie w jak największéj czystości jamy ustnéj, płukanie chloranem potasowym i zawsze doradzałem powstrzymywania się lub zupełnego zaprzestania palenia tytoniu i wreszcie polecałem bardzo częste kąpiele ciepłe o ciepłocie 28—31° R. lub chętniéj kąpiele parowe co najmniéj raz na tydzień. Tylko w niektórych przypadkach ograniczałem się do miejscowych wcierań — w innych równocześnie podawałem rtęć zewnętrznie (Sublimat) w innych zaś obok wcierań miejscowych jod wewnętrznie. Jak korzystnym był wynik leczenia w przypadkach, w których równocześnie wycinałem wrzody, wskazują historyje chorobowe w krótkości przytoczone. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do kazuistyki t. zw. *Diabetes lipogeneticus*

Podał

Dr. Leon Rosenbusch we Lwowie.

Pod nazwą *Diabetes lipogeneticus* opisał prof. Dr. E. H. Kisch w Nrze 46 *Berl. klin. Wochenschrift* z roku 1887 często pojawiające się przypadki moczówki cukrowéj spostrzegane przezeń w Maryjenbadzie, które uważa za następstwo ogólnego stłuszczenia (*Lipomatosis universalis*) jako choroby pierwotnéj, z którą następowo występująca moczówka cukrowa w ścisłym pozostawać ma związku. Obecnie opisuje K. w Nrze 52 *Internat. klin. Rundschau* cztery nowe przypadki, które mu się nastręczyły w ciągu ostatniego sezonu kąpielowego w Maryjenbadzie.

Wszystkie cztery osoby dotknięte cukrzycą pochodzą z rodzin skłonnych do tycia i sami już we wczesnym wieku nadmiernie otyli. Ciężar ich wynosi 97, 100, 101 i 107 kilogramów. Najmłodszy chory liczy lat 29, najstarszy 64. W jednym z opisanych przypadków stanowi czasowo występujący cukromocz (*Glycosuria*) przejście do właściwéj cukrówki moczowéj.

Kisch tłumaczy ogólne stłuszczenie i następową moczówkę cukrową wrodzonemi nieprawidłowemi własnościami komórek tkankowych, które mają być powodem niedostatecznego spalenia tłuszczu w pierwszym a nieprawidłowego zużywania w drugim przypadku (niedostatecznéj fermentacyi i spalenia). Dziedziczna skłonność do tych zaburzeń odżywczych występować ma u członków téj saméj rodziny raz w jednym, raz w drugim kierunku a przy sprzyjających okolicznościach występują obydwie choroby razem u jednego osobnika.

Wszędzie, gdzie już wcześnie występuje dziedziczna otyłość i szybkie robi postępy, należy zdaniem autora podejrzywać wystąpienie choroby cukrowéj, któréj według jego spostrzeżeń więcéj niż połowa dziedzicznie do wybitnego stłuszczenia skłonnych ulega. Obok tych przypadków dziedzicznéj wybitnéj skłonności odróżnia jeszcze autor przypadki nabytego ogólnego stłuszczenia, będące wynikiem niestosownego życia, jak nadużywania pokarmów tłuszcz wytwarzających, braku ruchu, nadużywania wyskoku a zatém nad-

miernego tuczenia, które przy dłuższém trwaniu również skłonność do rozwinięcia się cukrzycy wytwarzają. Procent zapadania na cukrzycę ma tu być znacznie mniejszym i nie przekraczać 15tu.

Nawięzując do przypadków przez K. podanych, streszczam w krótkości dwa przypadki moczówki cukrowéj z praktyki prywatnéj, z których pierwszy 3, drugi dwa lata spostrzegam, a w których wybitne ogólne stłuszczenie dziedziczne wykazać mogę.

I. S. S. lat 59 liczący właśc. dóbr zgłosił się do mnie po raz pierwszy w roku 1886ym z powodu znacznego ogólnego chudnienia, nadmiernego pragnienia i postępującego słabnięcia. Chory ważył natenczas 97 klgr. a miał w przeciągu 3 miesięcy utracić 5 klgr., co czyni razem 102 klgr. Pochodzi z rodziny wybitnie skłonnéj do ogólnego stłuszczenia. Ojciec jego miał ważyć 103 klgr., z żyjących czterech sióstr każda przekracza 80 klgr. Badanie wykazało powiększenie poprzecznego rozmiaru serca przy głuchych tonach, znaczne powiększenie wątroby i śledziony i objawy zastoinowe w zakresie krążenia żylnego. Badanie moczu wykazuje obecność cukru w ilości $3^1/_2$ % i ślad białka, który jednak już po 2 tygodniach znikł zupełnie. Po 6 tygodniowém leczeniu zdrojowém w Karlsbadzie i wyłącznie mięsnéj dyjecie, w moczu cukru zwykłemi sposobami nie było można wykazaać. Stan ten utrzymał się dość długo, bo do lipca 1887 roku, w którym to czasie wszystkie poprzednio opisane objawy ponownie wystąpiły (cukru 4%) a znikły po odbytym powtórném leczeniu zdrojowém w Karlsbadzie. Po raz trzeci występuje nawrot sprawy chorobowéj w maju 1888 roku (cukru nad 4%) a ustępują po zastosowaniu wyłącznie mięsnéj dyjety i wody karlsbadzkiéj z pozostawieniem wybitnego śladu cukru, który odtąd stale się utrzymuje i zawsze zwiększa do 3 i 4%, ilekroć chory przepisów dyjetycznych ściśle nie przestrzega.

II przypadek dotyczy 48 lat liczącéj żony kupca ze Lwowa. I tu także wykazać się daje wrodzona skłanność do nadmiernego tycia. Matka choréj ważyła 90 klgr., sama chora waży 95 klgr., córka téjże starsza 28 licząca waży 82 klgrgr., młodsza 74. Chora zgłosiła się do mnie w kwietniu 1887 roku z powodu objawów duszności i nadmiernego pragnienia. Badanie moczu wykazało wybitny ślad cukru. Ilość moczu na dobę stale wybitnie zwiększona. Chora odbyła dwumiesięczne leczenie w Maryjenbadzie i odniosła znaczną ulgę w objawach podmiotowych. Po powrocie uskutecznione ważenie wykazało ubytek $5^1/_2$ klgr., w moczu cukru nie można było wykazać. Już w grudniu 1887 wystąpiły znowu objawy choroby cukrowéj (cukru 2%). W czerwcu i lipcu 1888 odbyła chora powtórnie leczenie zdrojami maryjenbadzkiemi, poczém ilość cukru znacznie się umniejszyła. Obecnie stale ślad wybitny wykazać można. Nadmienić tu muszę, że u starszéj córki choréj kilkakrotnie stwierdziłem w zeszłym roku podczas trwania ciąży wybitny ślad cukru, który po porodzie zginął.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Prof. Oppenheimer: **O ruchach żołądka.**

Wprawdzie o przedmiocie tym dużo pisano, to przecież nie ulega wątpliwości, że mechanizm, dzięki któremu strawione pokarmy dostają się z żołądka do dwunastnicy, jest nieznany. Powszechnie przypuszczają, że z chwilą zetknięcia się pokarmu z błoną śluzową żołądka, narząd ten się kurczy, że powstają ruchy robaczkowe, które od czasu do czasu wypychają przetrawioną miazgę do dwunastnicy. Dokładniejsze badania wykazały, że natychmiast po wprowadzeniu pokarmów do żołądka powstaje skurcz toniczny mięśni okrężnych tego narządu, który trwa rozmaicie długo i kilka minut a czasem do 3—4 godzin. Zdawałoby się, że skurcz ten całéj warstwy mięsnéj przezwycięży siłę odźwiernika i przesunie przez takowy miazgę pokarmową. Tak jednak nie jest, strawione pokarmy zaczynają dopiero opuszczać żołądek z chwilą, kiedy jednostajny skurcz ustępuje miejsca ruchom robaczkowym. Prawa część żołądka wykonywa inne ruchy robaczkowe niż lewa i jedne od drugich są zupełnie niezawisłe. Po stronie prawéj rozpoczyna się skurcz w dwunastnicy w okolicy ujścia przewodu żółciowego wspólnego i postępuje w kształcie fali ku żołądkowi; przekroczywszy odźwiernik staje się silniejszym ale dochodzi tylko do połowy żołądka, poczém powraca ku dwunastnicy silniejszy i wybitniejszy niż ruch przeciwrobaczkowy. Tak ruch robaczkowy jak i przeciwrobaczkowy występuje wyraźniéj po stronie krzywizny wielkiéj żołądka. Podczas gdy prawa strona żołądka wykonywa naprzemian ruchy w przeciwległych kierunkach, strona lewa nie pozostaje w spokoju. Tutaj powstaje skurcz około wpustu słabiéj i mniéj wyraźnie niż po stronie prawéj, posuwa się ku środkowi żołądka przeważnie po krzywiźnie wielkiéj; w środku zatrzymuje się i nie powraca w stronę wpustu.

Dopóki treść żołądka jest stała, dopóty ruchy robaczkowe nie wpływają na jéj wydalanie do dwunastnicy, dopiero, gdy pokarmy staną się miazgą mniéj lub więcéj płynną, wtedy od czasu do czasu podczas ruchu robaczkowego prawéj strony żołądka wypełnia się dwunastnica treścią. Ruchy części lewéj wsuwają wtenczas do prawéj połowy żołądka tyle miazgi, ile jéj się dostało do jelit. Wszystkie ruchy robaczkowe są najsilniejsze pod koniec trawienia żołądkowego. Trzy rzeczy zasługują tu wielce na uwzględnienie: 1) niejednostajne zachowanie się prawéj i lewéj połowy żołądka. 2) fakt, że podczas jednostajnego tonicznego skurczu całéj warstwy mięśni poprzecznych odźwiernik jest zamknięty i 3) to, że odźwiernik otwiera się podczas względnie słabych ruchów robaczkowych.

Ten fakt ostatni dotąd należy uważać za niewytłómaczony, bo nie możemy się powoływać na siłę mechaniczną żołądka, zważywszy, że skurcz silniejszy toniczny nie ma na odźwiernik żadnego wpływu, ani też na bodźce chemiczne drażniące błonę śluzową żołądka, bo wiemy, że bodźce te wywołują właśnie zamknięcie odźwiernika. Według dawniejszych poglądów miały tu odgrywać rolę włókna mięsne podłużne, których miejscem przyczepienia stałego miała być okolica wpustu a przyczepienia ruchomego okolica odźwiernika, ale łatwo pojąć, że skurcz takich mięśni mógłby tylko przemieścić odźwiernik na lewo, ale nigdy nie mógłby go otworzyć. Jasną więc jest rzeczą, że przyczyny, dla któréj odźwiernik się otwiera, nie należy szukać w żołądku, lecz po za nim, w jelitach. Zapatrywanie to popierają rozliczne spostrzeżenia, które uczą, że do pustego żołądka treść jelit wśród pewnych okoliczności łatwo się dostaje. I tak znajdowano niejednokrotnie w czczym żołądku żółć, a i wymioty kałowe w przebiegu niedrożności jelit dowodzą tego również. Co więcéj sztuczne zadrażnienie jelit środkiem przeczyszczającym, wzmagającym ruchy robaczkowe jelit i tylko jelit przyczynia się często, jak doświadczenie uczy, do łatwiejszego wypróżnienia się żołądka, dotkniętego rozstrzenią. Zadać sobie tylko trzeba pytanie, w jaki sposób zadrażnienie jelit wywołuje otwarcie się odźwiernika. Ażeby na nie odpowiedzieć, trzeba sobie uprzytomnić przebieg włókien mięsnych podłużnych w ścianie żołądka. Otóż z prawéj strony gardziela biegnie wiązka silnych mięśni przez krzywiznę mniejszą aż do odźwiernika, z lewéj strony przechodzi w kształcie włókien rozpierzchłych na przednią i tylną ścianę żołądka. Ostatnie te włókna łączą się znowu w pęczek, który idzie do odźwiernika i częściowo go przekracza przechodząc w podłużne mięśnie dwunastnicy. Otóż wyobrazić sobie należy, że miejscem stałego przyczepu jednych mięśni jest okolica wpustu, drugich dwunastnica, jak wiadomo silnie na podstawie ustalona. Skurcz jednych przesuwałby odźwiernik w lewo, drugich w prawo, skurcz obydwóch musi zmienić kierunek osi pierścienia odźwiernika, wydłużyć takowy i otworzyć. Jeżeli więc do otwarcia odźwiernika potrzebny jest skurcz mięśni podłużnych dwunastnicy a względnie zadrażnienie zwojów Auerbacha i Deissnera, które według Schwalbego znajdują się w wielkiéj ilości w dwunastnicy, to nie trudno zrozumieć, dla czego po środkach przeczyszczających żołądek się wypróżnia. Nadto Oser wykazał, że zadrażnienie *n. splanchnici* przyczynia się do otwarcia odźwiernika, prawdopodobnie przez to, że wywołuje niedokrewność jelita,

która jest bodźcem dostatecznym do wywołania skurczu. (*Deutsche Medicin. Wochensch.* 1889, Nr. 7). *A. R.*

(†) Dr. Wagner zbadał u 11 zdrowych ludzi wpływ spokoju, ruchu, pracy fizycznéj i snu na własności soku żołądkowego. Na podstawie tych badań postawił autor następujące tezy: 1) zdolność trawiąca soku żołądkowego jest najmniejszą w czasie mocnego snu; 2) praca i męczące spacery zmniejszają zdolność trawiącą soku w porównaniu do działania spokoju lub przechadzek z odpoczynkami. We wszystkich tych przypadkach zmniejszenie zdolności trawiącéj zależało nie od braku pepsyny, lecz od niedostatku kwasu chlorowodowego w soku żołądkowym. (*Wracz*, Nr. 3).

Patologija.

Brik (Wiedeń): **O skurczu pęcherza.**

Napadowo występujące skurczowe ściągnięcie się mięśni pęcherza, które objawia się parciem na mocz nazywamy skurczem pęcherza (*Cystospasmus).* Te skurcze mają przyczynę albo w układzie nerwowym ośrodkowym i tak występują przy wzruszeniach umysłowych, strachu, trwodze, szczególnie u osób nerwowych, albo też przyczyna leży w innych narządach i występują na drodze odruchowéj: tak przy rozmaitych chorobach nerek, moczowodów, gruczołu krokowego, odbytnicy, narządów płciowych kobiecych. Nieprawidłowa treść pęcherza, jak ciała obce, albo też nieprawidłowy skład moczu, jak dyskrazyja moczanowa i fosforanowa, również może wywołać skurcz zdziergacza. Daléj występuje ta choroba po użyciu napojów zawierających kwas węglowy, jak szampana, wody sodowéj, młodego piwa, wina, po użyciu leków mocno czyszczących i olejków eterycznych. Przyczynę w obwodowych nerwach ma cierpienie w rozmaitych sprawach zapalnych i rozpadowych pęcherza i cewki moczowéj, w zadrażnieniu tych narządów przez wybryki płciowe, przez rzeżączkę, daléj w przypadkach szczelin i wrzodów odbytnicy. Najgłówniejszym objawem téj choroby jest gwałtowne, napadowo powracające parcie na mocz połączone z silnemi rozpromieniającemi się boleściami, albo też bez takowych. Podczas snu napady zwykle ustają. Leczenie jest ogólne i miejscowe. Co do pierwszego, trzeba usuwać wszelkie wpływy szkodliwe, jak wzruszenia umysłowe, powietrze wilgotne, przemoknięcie, wybryki płciowe, pokarmy zawierające kwas węglowy i korzenne. Leczenie samego napadu polega na stosowaniu ciepłych okładów, kąpieli i lewatyw a przedewszystkiém leków odurzających, jak morfinu wewnętrznie, w wstrzykiwaniach podskórnych, w czopkach jakotéż w lewatywie. Dobrze też działa *tinct. Cannab. indic.* kilka razy dziennie po 10—15 kropli albo wodnik chloralowy. Napady skurczu na tle nerwowém wywołane np. przez neurastenije, macinnicę, hypochondryję, nie ustępują działaniu środków odurzających, lecz wymagają środków eterycznych, jak lewatyw albo okładów aromatycznych z rumianku, kozłka itp., przetworów bromowych w wielkich dawkach. U osób dotkniętych niedokrewnością lub błednicą wskazane są środki wzmacniające, chinin, żelazo, arsen i odpowiednie wody mineralne jak Roncegno, Levico. W dyskrazyi moczanowéj są stosowne leki alkaliczne, jak szczawy sodowe, wody mineralne sodowe, bilińska itd.; w dyskrazyi fosforanowéj leczenie za pomocą kwasów. Przytém dobrze działają przetwory bromowe z salicylanem sodowym. W odpowiednich przypadkach trzeba też miejscowo leczyć, np. szczeliny i zatoki odbytnicy, usunięcie ciał obcych z odbytnicy i z pęcherza. W przypadkach uporczywych, wywołanych przez cierpienie części krokowéj, jak po samogwałcie, wybrykach płciowych oddaje świetne usługi leczenie za pomocą zgłębnika i środków ściągających i żrących, jak siarkanu miedziowego i azotanu srebrowego tak u mężczyzn jak również u kobiet. (*Internat. kl. Rundschau* 1889, Nr. 2). *Dr. R. Spira.*

Bonardi (Pawia): **O poszukiwaniu ptomainów w plwocinach osób gruźliczych.**

Autorowi udało się po licznych rozbiorach chemicznych plwocin gruźliczych wykazać w nich zasady organiczne, które okazywały zwykłe oddziaływania alkaloidów. Alkaloidy te zaszczepione zwierzętom (królikom, świnkom morskim) wywoływały senność, zaburzenia ruchów, przyspieszenie tętna i osłabienie uderzeń sercowych, arytmiję, oddechanie powierzchowne i rozszerzenie źrenicy. B. przypuszcza między temi alkaloidami obecność neurydynu, który zawdzięcza powstanie swoje sprawom życiowym prątków gnilnych. W końcu dodaje B., że zasady wspomniane mają może znaczenie dla wytłumaczenia niektórych objawów gruźlicy płuc, jak gorączki, potów, zboczeń w narządzie krążenia itd. (*Intern. kl. Rundschau*). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Połubiński: **Wskazania do używania klizm i stoczków glicerynowych.**

Autor, zbadawszy działanie klizm i stoczków glicerynowych na znacznej liczbie chorych, przyszedł do następujących wniosków. Nie ulega wątpliwości, że gliceryna podrażnia błonę śluzową kiszki prostej; potwierdza się to uczuciem palenia i podwyższenia się rtęci w termometrze, wstawionym dosyć głęboko do kiszki. Podwyższenie ciepła i parcie na stolec trwają bardzo krótko. a jeżeli chory będzie się wstrzymywał z oddaniem kału, to parcie to może zupełnie przeminąć. Podrażnienie nie zwiększa wydzieliny błony śluzowej kiszki, ponieważ kał wychodzący jest pokryty tylko gliceryną. Najlepsze wyniki otrzymywał autor w tych przypadkach, gdzie zbite masy kałowe znajdowały się w kiszce prostej i esowatej. Tam, gdzie kał zatrzymuje się w częściach kiszek leżących wysoko, gliceryna jest bezskuteczną. Przypadki więc, w których wskazanem jest użycie klizm glicerynowych, są zdaniem autora następujące: 1. Jako środek ułatwiający przystosowanie kiszki prostej do oddawania kału w oznaczonych odstępach czasu. 2. W razie zatwardzenia powstałego w skutek zatrzymywania się kału w kiszkach grubych. Zdarza się to najczęściej u kobiet po porodzie w skutek zwiotczenia ścian jelit i powłok brzusznych, i w takim razie należy jeszcze oprócz klizm stosować mięsienie. 3. W chorobach gdzie jelito proste i esowate są mechanicznie ugniatane, np. w obec nowotworów w miednicy, ciąży i t. d. 4. Przy tyłozgięciu macicy. 5. Przy zołzach u dzieci i 6. U osób, które oddają kał codziennie, ale z wielką trudnością a nawet bólem w skutek znacznej zbitości kału. (*Wracz.* 1889 r. Nr. 1, 3 i 4). *A. W.*

(*A. R.*) **Chlorek metylu jako środek miejscowo znieczulający.** Pierwszy Debove w pracy p. t. *Du traitement de la névralgie sciatique par la congélation*“ zwrócił uwagę na to, że chlorek metylu rozpylony na skórę nad miejscem bolesném, uśmierza i skraca bóle, towarzyszące nerwobólowi kulszowemu. Bailly rozszerzył wskazania dla tego środka, twierdząc, że działa doskonale we wszystkich nerwobólach. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na to, że chlorek metylu dałby się także zastosować jako środek miejscowo znieczulający przy małych operacyjach zamiast eteru i kokainu. Ponieważ przy rozpylaniu nie można osiągnąć znieczulenia ograniczonego do miejsca, gdzie się ma operować, zastosował Bailly tampony rozmaitego kształtu i wielkości, a do trzymania takowych opisał osobne kleszczyki. Takie kleszcze z tamponem nazywa Bailly „Stype“ a sposób znieczulania „Stypage“. Jeżeli tampon styka się ze skórą przez dwie sekundy, wtenczas po chwilowém zadrażnieniu występuje bardzo krótko trwające przytępienie czucia; jeżeli zaś tampon pozostawi się nieco dłużéj, wtenczas skóra staje się białą, pergaminowo twardą i zupełnie znieczuloną i wtenczas jest najlepsza pora do operacyi. Długotrwałe stosowanie tamponu może mieć i złe następstwa w postaci odmrożenia, które może doprowadzić do powierzchownéj zgorzeli skóry. Środek ten wypróbowany przy rozmaitych drobniejszych operacyjach okazał się bardzo dobrym i ma wszelkie warunki do uzyskania obywatelstwa (*Wiener Medic. Blätter* 1889, Nr. 7).

Fernet **Leczenie owrzodzeń gruźliczych naftolem z kamforą.**

Fernet zaleca mieszaninę 1 cz. naftolu z 2 cz. kamfory, o gęstości syropu, przeciw owrzodzeniom gruźliczym z dobrym wynikiem tam nawet, gdzie kwas mlekowy (1 na 10 według metody Heringa) nie był skutecznym; od chwili bowiem rozpoczęcia używania codziennego naftolu kamforowego, po poprzedniém znieczuleniu kokainą, polepszenie w bardzo prędkim czasie było zadziwiające a stan części choréj zupełnie się zmienił. (*La Sémaine médicale* 1889. 10.). *(P . . . i)*

Choroby wewnętrzne.

Władysław Brunner z Warszawy: **Przyczynek do rozpoznawania motorycznéj niedomogi żołądka.**

Upośledzenie ruchów żołądka pociąga za sobą groźne przypady, groźniejsze nieraz, niż zmiana w chemizmie tego narządu choćby tak znaczna, że znosi w zupełności żołądkowe trawienie. Znane są przypadki, w których żołądek zupełnie nie trawił a przecież ogólne odżywienie nie bardzo na têm cierpiało, jeżeli tylko dzięki prawidłowym ruchom żołądka pokarmy niestrawione dostawały się do jelit. Z tego wynika, że dokładne rozpoznanie niedomogi motorycznéj żołądka i ocenienie jéj stopnia ma wielką doniosłość. W tym celu podali Ewald i Sievers t. zw. metodę salolową, którą, zdaniem ich, z wielką dokładnością można wykazać to zboczenie i oznaczyć jego stopień. Ale próby autora wykazały, że tak w rzeczywistości nie jest Z doświadczeń wykonywanych na osobach zdrowych przyszedł B. do przekonania, że pierwsze ślady kwasu salicylowego w moczu pojawiają się u tego samego człowieka raz po upływie 40, drugi raz po upływie 70 minut a co gorsza czasem ten okres czasu bywa znacznie dłuższy niż 75 minut, co Ewald i Sievers uważają niesłusznie za *maximum*. Na odwrót u ludzi dotkniętych rozstrzenią żołądkową, u których ruchy żołądka były wybitnie upośledzone, oddziaływanie na kwas salicylowy w moczu występowało czasem po 50 lub 60 minutach, a więc prawidłowo. Z tego powodu uważa Brunner sposób ten za nieodpowiedni. Niedawno podał Klemperer inny sposób; wprowadza on do żołądka 105 gr. oliwy, wypróżnia żołądek po upływie dwóch godzin i bada, ile w nim jeszcze było oliwy. U zdrowego człowieka powinno być po upływie dwóch godzin zaledwie 25—35 gr. oliwy. Ale i ten sposób jest niedobry, raz dla tego, że wahania u osób zdrowych są znaczne a powtóre dla tego, że u osób ze znacznie upośledzoną ruchomością żołądka można otrzymać cyfry odpowiadające stanowi prawidłowemu. W końcu możnaby jeszcze jeden zarzut sposobowi temu uczynić, mianowicie, że wprowadzanie tak znacznych ilości tłuszczu do żołądka schorzałego nie może być dla niego obojętném a nie wiemy także, czy tłuszcz ten nie wpływa na ruchy żołądka, przyspieszając lub opóźniając takowe. Do prób takich najlepiéj więc używać takich środków, do których żołądek jest przyzwyczajony, a więc zwykłych pokarmów. Tak postępował pierwszy Leube, który choremu podawał spore ilości pokarmów i po 7 godzinach badał, ile ich jeszcze znajduje się w żołądku, a podobnego tylko dokładniejszego sposobu używa Riegel, który bada po upływie 5 godzin. Wyniki, jakie się w ten sposób otrzymuje nie są wprawdzie matematycznie ścisłe, ale w każdym razie lepsze niż wyniki otrzymane sposobem Ewalda i Sieversa albo Klemperera. *(Deutsche medic. Woch.)*.

A. R.

Hager: **Rozbiór moczu na prędce za pomocą papieru do przesączania.**

Hager zaleca w celu badania moczu pobieżnie puścić kroplę moczu na jeden koniec paska papieru do przesączania, szerokiego na 3 do 4 a długiego na 10 do 12 ctm. i poddać ją działaniu umiarkowanego gorąca. Do tego wystarczy zwyczajna lampa naftowa z okrągłym knotem. Płomień takiéj lampy zmniejsza się nieco, aby nie spalić papieru i trzyma przez 3 do 4 minut nad szkłem plamę moczową na tym papierze, dopóki plama nie zmieni barwy, tak jednak, aby papier nie przyrumienił się. Plama ta zmienia podług Hagera cechująco swą barwę odpowiednio do składu moczu a mianowicie:

Mocz prawidłowy: Plama zaledwie widzialna, więcéj lub mniéj blado-żółta, bez obwódki.

Mocz białkowaty: Plama wyraźnie żółtawa albo żółtoczerwona, bez obwódki lub z obwódką zaledwie widzialną.

Mocz cukrzycowy: Plama otoczona obwódką bardzo wyraźną barwy żółto-brunatnéj aż do brunatnéj a nawet do ciemnobrunatnéj w miarę ilości cukru.

Ten sposób badania moczu nie ma pretensyi do zastąpienia badania dokładnego, lecz jeżeli stwierdzi oddziaływanie wyżéj podane, lekarz będzie miał środek bardzo cenny do robienia rozbiorów przedwstępnych przy łóżku chorego. *(La Sémaine médicale* 1889. 8.). *(P...i)*

Chirurgija.

J. Israel: **O obmacywaniu nerki zdrowéj i choréj.**

Chirurgiczne leczenie niektórych chorób nerkowych, wprowadzone dopiero niedawno w życie, może się poszczycić świetnemi wynikami i byłoby rzeczą pożądaną, ażeby chirurgia na têm polu szybko i skutecznie się rozwinęła. Ale jak przed każdym ciężkim rękoczynem tak i przed operacyją przedsiębraną na nerce, powinien chirurg być pewnym rozpoznania, do którego dojść może tylko przez zręczną i wprawną palpacyję. Jest to têm bardziéj pożądaném, ponieważ do wycięcia nerki choréj nie wolno przystąpić wcześniéj, dopóki się nie przekona, że jest w ogóle nerka druga. Nerkę można têm łatwiéj wymacać, im cieńsze są powłoki zewnętrzne, im większa jest odległość pomiędzy dolnemi żebrami a grzebieniem kości biodrowéj, im większe jest prawidłowe wygięcie części piersiowéj dolnéj i części lędźwiowéj górnéj kręgosłupa Przed badaniem należy wypróżnić jelita, a w razie silnego napięcia powłok brzusznych zachloroformować chorego. Dawniéj układano chorego na wznak, polecano mu zgiąć nogi w kolanach i badano oburęcznie, podnosząc jedną ręką, wprowadzoną pod lędźwie chorego nerkę do góry, a ugniatając drugą ręką z góry. Również znana jest metoda Guyona t. zw. *„ballottement rénal“*. Israël układa chorego na bok prawy, jeżeli chce badać nerkę lewą i na odwrót i każe mu zgiąć nogi w kolanach. Sam stojąc po stronie prawéj chorego, twarzą ku głowie badanego, kładzie rękę prawą na okolice lędźwiową lewą, a ręką lewą na brzuchu i to w ten sposób, że końce wskaziciela i palca trzeciego przypadają na dwa palce niżéj spojenia dziewiątéj z dziesiątą chrząstką żebrową. Badający ugniata nieco lędźwie ku przodowi ręką prawą — poleca choremu głęboko wciągnąć powietrze, a na szczycie wdechu posuwa powłoki brzuszne całą lewą dłonią ku kręgosłupowi zginając i wyprostowując na przemian lekko palce téj ręki. Końce palców dotykają na szczycie wdechu dolnego brzegu nerki, a podczas wydechu usuwają się ku górze. Zapatrywanie, jakoby nerka przy ruchach oddechowych się nie poruszała, jest, aczkolwiek rozpowszechnione, to przecież zdaniem autora niesłuszne; i gdyby tylko tym brakiem poruszalności miały się różnić guzy wychodzące z nerek od guzów wątrobowych lub śledzionowych, toby rozpoznanie było chyba niemożliwe. Poruszalność tę nerek w prawidłowym stanie dobrze wyczuwalną można także dokładnie widzieć po odsłonięciu nerki przed jéj wycięciem. Jeżeli stosunki są prawidłowe, to możemy wyczuć tylko dolną trzecią część nerki, a po gładkiéj powierzchni i tępym zaokrąglonym brzegu poznajemy nerkę. Jak ważną jest rzeczą ten właśnie sposób badania, dowodzą przypadki, jakie Israel przytacza; u młodego człowieka, cierpiącego na ból w okolicy nerki lewéj i uporczywe krwotoki z dróg moczowych, wyczuł Israel około dolnego brzegu lewéj nerki guz, a po czterech tygodniach był w stanie napewne rozpoznać, że guz ten się powiększył. Domyślając się, że ma do czynienia ze złośliwym nowotworem, wyciął nerkę, a badanie jéj anatomiczne wykazało raka części korowéj. Chory dotąd (22 miesiące po zabiegu) jest wolnym od nawrotu choroby, a zawdzięcza to li tylko wcześnie dokonanéj operacyi.

Jeżeli się wyczuje jakikolwiek guz w jamie brzusznéj, należy odpowiedzieć na dwa pytania: 1) czy guz wychodzi z nerki, a 2) jakiéj jest przyrody. Odpowiedź na pierwsze pytanie jest często bardzo trudną, jeżeli się ma do czynienia z guzem bardzo dużym i zrośniętym z okolicą, wtenczas często ani bezpośrednie obmacywanie według Israela ani *„ballottement rénal“* według Guyona nie są w stanie sprawy rozjaśnić. Wykazanie obecności lub braku jelit ponad guzem odgrywa tu ważną rolę — przyczém cenne wskazówki może dać nietylko wypuk, ale i obmacanie. Pomimo to wszytko często nie można uniknąć pomyłek i odróżnić n. p. hydronefrozy od torbiela jajnikowego lub powiększonego pęcherzyka żółciowego. Co się tyczy przyrody guza (w obszerném tego słowa znaczeniu), to tylko w rzadkich przypadkach można ją na pewne wykazać, przyczém często oprócz dokładnego obmacania trzeba wykonać nakłócie próbne. *(Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 7 i 8).

A. R.

Köhler: **O wielokrotnych złamaniach kości.**

Chora, blada, osłabiona, 54 letnia kobieta, pochodząca ze zdrowej rodziny, nie chorowała do r. 1882. Znajdowała się w służbie i pracowała ciężko. W r. 1882 chorowała przez 10 tygodni na chorobę jej nie znaną. W r. 1885 upadła na lodzie i od tego czasu czuła bóle w lewéj odnodze. W 1886 r. przeniesiono ją do Charité ze złamaną kością udową i lewą ramieniową, wskutek upadnięcia ze schodów. Kości zrosły się po 3 miesiącach, ale nawet przy ostrożnem przeniesieniu z łóżka na noszach powstały znowu złamania. Po 1½ miesiącu nastąpiło zrośnięcie. W tym czasie zaczęła chora skarżyć się na silne bóle w prawéj odnodze. Przy badaniu odnogi za pomocą zgięcia, rozgięcia ł t. d. wykonywanych bardzo ostrożnie wystąpiło złamanie kości udowéj. Po 4 miesiącach kość się zrosła. Gdy chora próbowała przejść się po pokoju, oparłszy się na ramieniu służącego, powstało złamanie kości ramieniowéj. Autor objaśnia powstanie tych złamań, temiż samemi przyczynami, jakie sprowadzają kruchość kości u starców. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*).

A. W.

Laryngologija.

Prof. J. Schnitzler (Wiedeń). **Usunięcie polipów podczas snu hypnotycznego.**

Na wstępie dłuższéj rozprawy opisuje S. przypadek długotrwałego bezgłosu porażennego duszności kurczowéj u dziewczyny 20-letniéj, u któréj zastósowanie wszystkich możliwych środków było bez skutku. Podczas badania laryngoskopijnego stwierdził S., że podczas fonacyi więzadła głosowe tylko nieznacznie ku linii środkowéj się przybliżają, tak, że szpara głosowała przedstawiała dość znaczne rozmiary. Przeciwnie podczas wdechu struny głosowe nie oddalały się od siebie, tylko kurczowo zamykały szparę głosową, wywołując głośny syczący szmer. Chorobę tę wyleczył S. w ten sposób, że podczas badania laryngoskopijnego oświecał mocno oczy choréj światłem odbitém od reflektora, co już po kilku minutach wywołało głęboki sen hypnotyczny, podczas którego duszność kurczowa ustąpiła. Wskutek często powtarzanego takiego leczenia napady i co do częstości i co do nasilenia stawały się słabsze, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. Nawiązując do tego opisu, podaje S. historyję choroby 26-letniéj kobiety, leczonéj w poliklinice wiedeńskiéj. Gdy Dr. Charles Trow z Kanady, słuchacz prof. S., w zamiarze usunięcia pętlą drucianą licznych polipów śluzowych, wypełniających oba kanały nosowe, oświecał pole operacyjne reflektorem, spostrzegli otaczający lekarze, że chora nagle oczy zamyka, że głowa i ręce bezwładnie opadają — chora podczas przygotowania do operacyi zasnęła. Prawdopodobnie badana zbyt silnie wpatrywała się w reflektor, wskutek czego popadła w sen hypnotyczny. Trow natychmiast wprowadził pętlę, wydobył kilka polipów, poczém przypiekł miejsca krwawiące galwanokauterem. Zabieg trwał 10 minut, a chora spała najspokojniéj, jakby w najgłębszéj narkozie chloroformowéj i dopiero na wezwanie: „obudź się!“ powoli oczy otworzyła, nie mając wyobrażenia o tém, co zaszło. Sen taki hypnotyczny wywołano jeszcze kilka razy, ale teraz już nie przypadkowo, lecz naumyślnie i systematycznie, za każdym razem usuwano kilka polipów i przypiekano palnikiem galwanicznym. W ten sposób chorą wyleczono doszczętnie z cierpienia nosa. (*Internat. kl. Rundschau* 1888 Nr. 32).

Dr. Baschkopf.

Ginekologija i położnictwo.

Peters: (Wiedeń). **Przypadek znacznej puchliny brzucha płodu jako przeszkoda porodowa.**

Ponieważ przypadki, w których chorobowe powiększenie rozmiarów brzuszka płodu stanowi przeszkodę porodową, należą do nadzwyczajnych rzadkości, dlatego przedstawia P. na posiedzeniu towarzystwa ginekologiczno położniczego wiedeńskiego z d. 26 maja 1888 r. przebieg porodu w następującym przypadku: Do kliniki przyjęto kobietę, poraz drugi rodzącą, która podaje, że pierwszy poród prawidłowo przebiegał a płód był prawidłowo zbudowany. Obecnie pęknięcie pęcherza płodowego miało nastąpić kilka godzin przed przyjęciem, poczem miały odpłynąć wody płodowe w bardzo znacznej ilości, a brzuch pierwej nadzwyczajnie powiększony nieco wskutek tego się zmniejszył. Badanie zewnętrzne wykazało brzuch ogromnie rozdęty; macaniem wykazano w dnie macicy czaszkę dużą twardą, chełboczącą, ponad wchodem miednicy pośladki małych rozmiarów; chełbotanie niewyraźne. Tony płodowe słyszalne w dnie macicy po stronie lewej tuż przy główce; grzbietu wymacać nie można. Badanie wewnętrzne pouczyło, że ujście zewnętrzne macicy jest na 5 ctm. otwarte, a w niem obie nóżki, które po upływie kilku godzin aż poprzed srom zestąpiły i można się było przekonać, że wielkość ich zostaje w rażącym niestosunku do rozmiarów główki i brzuszka. Wykluczywszy ciążę bliźniaczą a opierając się na fakcie, że *Hydramnios* kombinuje się często z nadmiernem powiększeniem części płodowych, podejrzywano takowy. Gdy wskutek słabych bólów porodowych poród się przeciągał, założono kleszcze, któremi ściągnięto pośladki do wchodu i teraz dopiero przekonano się, że istnieje bezwzględna przeszkoda, którą rozpoznano przez wprowadzenie ręki do dolnego odcinka macicy jako wywołaną przez nadmiernie powiększony brzuszek. Ponieważ nie można było myśleć o urodzeniu brzuszka niepomniejszonego, wykonano punkcyję jego zapomocą perforatorium Nägelego. Po odpłynięciu 2½ litra cieczy surowiczej wydobycie płodu łatwo się udało. Płód, który podczas porodu obumarł, ważył po odpłynięciu płynu przesączynowego 4000 gramów, więc w macicy ważył 6500 gramów. Przebieg połogu był prawidłowy. (*Intern. kl. Rundschau 1888 Nr. 32*).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Deutschmann: **Ophthalmia migratoria.**

Nazwę tę autor wprowadza w miejsce dotychczas używanéj zapalenia współczulnego i poświęca temu cierpieniu oka obszerną rozprawę, która jest niejako zestawieniem w całość poprzednich prac i doświadczeń autora a zastanawia się nad cierpieniem w mowie będącem szczególowo pod względem historycznym, doświadczalnym, klinicznym i anatomiczno patologicznym. Przedewszystkiém odróżnić należy ściśle zadrażnienie współczulne od zapalenia współczulnego. Pierwsze zawdzięcza swoje powstanie zadrażnieniu nerwów rzęskowych, które jako zwrotne przenosi się na drugie oko, słusznie należy mu się téż nazwa zadrażnienia współczulnego. Cierpienie dotychczas zapaleniem współczulném nazywane jest natomiast sprawą chorobową, która w ciągłości tkanin, a mianowicie w przestworze międzypochewkowym nerwu wzrokowego poprzez chiasma przenosi się z jednego oka na drugie, a początek swój ustrojom drobnowidowym zawdzięcza, wyjątkowo tylko mogłyby i bodźce chemiczne dać powód do zapalenia jednego oka, to zaś dostać się tą samą drogą do oka drugiego. W każdym razie autor uważa, że nazwa „zapalenie wędrowne“ stósowniejszą jest od nazwy „zapalenie współczulne“.

Nie tylko doświadczenia na zwierzętach, ale i badania ócz ludzkich, dotkniętych zapaleniem współczulnem, wykazały, że chorobotwórcze ustroje drobnowidowe znajdują się tak w oczach, które cierpienie współczulne wywołały, jako téż i w oczach tem cierpieniem dotkniętych, a daléj udowodniły one obecność sprawy zapalnéj (lub jéj następstw) w nerwie wzrokowym i jego pochewkach w oku pierwotnie dotkniętem. We wszystkich przypadkach pod tym względem badanych był *staphylokokkus pyogenes aureus* i *albus* tym ustrojem drobnowidowym, autor nie upatruje w têm jednak wcale uprawnienia do przypuszczenia, że tylko te właśnie rodzaje ustrojów drobnowidowych zapalenie współczulne wywołać mogą. Zarzut Sattlera, uczyniony na międzynarodowym zjeździe okulistów w Heidelbergu w sierpniu 1888, że bakterye ropotwórcze nie mogą wywolywać zapalenia współczulnego, gdyż to nie występuje jako zapalenie ropne, lecz jako zapalenie przewlekłe z wypociną płastyczną, tworzącą błony rzekome, zbić się stara autor uwagą zgodną (jak go Rosenbach zapewnił) ze spostrzeżeniem chirurgów, że *staphylokokkus pyogenes* ma własność wywoływania także przewlekłych spraw zapalnych. Nadto sądzi D., że *staphylokkokus* dostawszy się z jednego oka po przezwyciężeniu wszelkich przeszkód aż do nerwu wzrokowego oka drugiego traci wiele z pierwotnéj swéj żywotności i nie jest zdolny wywołać ropnéj sprawy zapalnéj, ale może sprowadzić sprawę zapalną przewlekłą.

Z tem wszystkiém idzie mu głównie o udowodnienie przyrody pasorzytniczéj zapalenia współczulnego i powita on z uznaniem wykazanie osobnego rodzaju ustroju drobnowidowego, który zdaniem Sattlera ma być przyczyną zapalenia współczulnego, ale i w takim razie nie uważałby przecież, żeby *staphylokokkus* wykluczyć można jako przyczynę wywołującą cierpienie w mowie będące. Ale jakkolwiek zgodnie z nowém zapatrywaniem nerwom rzęskowym odmówić należy wszelkiego wpływu na wywoływanie zapalenia współczulnego, to jednak zachowują one swój wpływ na sprowadzanie zadrażnienia współczulnego, objawiającego się światłowstrętem, łzawieniem, bólem przy pracy oczněj, niedomogą akomodacyjną, a niekiedy niedowidzeniem, te wszystkie bowiem objawy powstać mogą skutkiem zadrażnienia zwrotnego bez chorobowych zmian anatomicznych nerwów odnośnych.

Należy pamiętać, że zadrażnienie współczulne nie ma nic wspólnego z zapaleniem, że ono istnieć i utrzymywać się może, nie pociągając za sobą zapalenia, które naodwrót wybuchnąć może bez objawów poprzedzającego zadrażnienia. Mogą one istnieć obok siebie ale zupełnie niezawiśle od siebie, chociaż ta sama sprawa chorobowa w pierwszém oku wywołać może zapalenie wędrowne w drugiem, lub téż dać powód do przeniesienia na nie za pomocą nerwów rzęskowych zadrażnienia zwrotnego. Odpowiednio do tego wyłuszczenie oka pierwszego usuwa napewne zadrażnienie współczulne oka drugiego, czego bynajmniéj twierdzić nie można o zapaleniu wędrownem. Autor zastanawia się następnie nad tém, o ile spostrzeżenia kliniczne uprawniają jego pojmowanie zapalenia współczulnego jako cierpienia zakaźnego. Najczęstszą przyczyną zapalenia współczulnego są urazy, czy to przypadkowe, czy operacyjne, czy też wreszcie przedziurawienie ścian gałki ocznéj skutkiem zapaleń, a we wszystkich tych przypadkach z góry przyznać trzeba możność zakażenia, a to tém bardziéj, gdy oko nawet rozległe zranienia zadane aseptycznie znosi bezkarnie, z drugiéj zaś strony najnieznaczniejsze uszkodzenia połączone z zanieczyszczeniem sprowadzają zagładę oka.

Co się tyczy o wiele rzadszych przypadków współczulnego zapalenia, wywołanego przez oczy zniszczone skutkiem zapaleń wewnętrznych, w których nigdy żadne uszkodzenie ani przedziurawienie miejsca nie miało, to zdaniem D. śmiało zgodzić się można na zapatrywanie Lebera, wypowiedziane na zjeździe w Heidelbergu w 1879 roku, że wszystkie te wewnętrzne zapalenia ócz są przyrody zakaźnéj. W przypadkach tych uważa autor zakażenie całego ustroju za przyczynę zakażenia jednego oka, z którego następnie, niekiedy po latach, pasorzyty dostają się do oka drugiego i wywołują w niem zapalenie wędrowne. Że ropne zapalenie całego oka stosunkowo rzadko daje powód do zapalenia współczulnego, wytłumaczył D. razem z Leberem już dawniéj tą okolicznością, że pasorzyty po przebiciu oka częścią wydalone zostają z niego razem z ropą, częścią zaś przez obficie wytworzoną ropę ulegają zniszczeniu. Być może nareszcie, że, jak Gifford sądzi, nagromadzenie ropy w przestworze międzypochewkowym tworzy zaporę powstrzymującą w sposób mechaniczny dalsze wędrowanie pasorzytów. Zestawiwszy z literatury różne przyczyny, które działając na pierwsze oko wywołały rzeczywiście cierpienie współczulne oka drugiego i zastanowiwszy się nad niemi krytycznie, przychodzi autor do przekonania, że wszystkie nie tylko pogodzić się dadzą bez żadnego naciągania z jego zapatrywaniem na istotę tego cierpienia, lecz że je owszem pod każdym względem popierają. Zgadza się z niem także i okoliczność, że między zachorowaniem jednego a drugiego oka upływa zawsze pewien przeciąg czasu, którego sprawa chorobowa do przeniesienia się wzdłuż nerwu wzrokowego potrzebuje. Zazwyczaj wynosi on sześć tygodni a wyjątkowo tylko 10 do 14 dni. Ale i w kilka a nawet kilkanaście lat po zniszczeniu jednego oka spostrzegano wybuch zapalenia wędrownego na drugiem. Pod tym względem wykazuje autor w części anatomicznéj rozprawy, że ustroje drobnowidowe zachowują żywotność swoją przez mnogie lata wewnątrz ócz, które znajdowały się w stanie spokoju pozornego, za czem przemawia i to doświadczenie, że w oczach takich wybucha nieraz po latach na nowo sprawa chorobowa, którąśmy za dawno wygasłą mieli. (D. n.) *Rydel.*

Choroby dzieci.

Münnich (Solnogród): **O krupie i stosunku jego do błonicy.**

Po wyczerpującem zestawieniu całéj literatury, odnoszącéj się do tych dwóch strasznych nieprzyjaciół dzieci, po krytycznem rozebraniu określenia tych pojęć, przechodzi autor do własnego materyjału polegającego na 54 tracheotomiach i kilkanaście razy większéj liczbie chorych, dotkniętych albo samym krupem krtani albo samą błonicą przełyku albo téż błonicą przełyku i następowym krupem krtani. Obliczając swoje przypadki podług cyfry 100, nie miał ani jednego przypadku śmierci po tracheotomii w przypadkach czystego krupu krtani, w innych 57% śmiertelnego zejścia. Poniżéj jednego roku miał przypadek jeden, który zakończył się źle, tak samo umarły wszystkie dzieci, które nie miały jeszcze 2 lat. Z pozostałych kończyły się te dobrze, w których błonica lub krup nie był powikłany z inną chorobą; najwięcéj powikłań bywało w przebiegu błonicy. Z powikłań zastanawia się autor dłużéj nad katarem jelit i białkomoczem w przebiegu krupu lub błonicy. Za przyczynę pierwszego przypuszcza połykanie błon krupowych, co do drugiego przypuszcza pewien związek pomiędzy dusznością a białkomoczem. Niechce go uważać za t. z. *albuminuria febrilis* (Liebermeister); nie znalazł on w moczu nigdy składników przemawiających za zapaleniem nerek. Może być, że to jest następstwo działania jadu błonicowego na przybłonek w nerkach, jak to chce Günther. Na końcu obszernéj i starannie opracowanéj rozprawy znajduje się zestawienie statystyczne przypadków śmiertelnych krupu i dyfteryi w Solnogrodzie i dwóch bliskich miastach począwszy od r. 1846 do 1885. (*Wiener Klinik* 1888 *Heft* 2 *u.* 3. *Dr. Kraus*

Choroby skórne i weneryczne.

Lassar (Berlin): **Sozojodol w leczeniu chorób skórnych.**

Sozojodol jest nowym przetworem o składzie $C_6H_6ISO_3H(OH)$; rozpuszcza się łatwo w wodzie i wyskoku, jest bez barwy i bez woni, miesza się, nie ulegając przytém żadnym zmianom, z wszystkiemi ciałami; w przeciwieństwie do wszystkich przetworów jodowych, a głównie jodoformu, nie ulega rozkładowi wskutek działania światła. Do tych jego zalet należy i to dodać, że można go w każdéj chwili w wielkich ilościach otrzymać i że cena jego wcale nie jest wysoką. Na podstawie wyników, osiągniętych zapomocą sozojodolu twierdzi L., że nowy ten środek w leczeniu chorób skórnych odegra ważną rolę. Przedewszystkiem czyni on zadość najważniejszemu wskazaniu, t. j. nie szkodzi. Nic drażni on nawet w dziesięcioprocentowych maściach i proszkach. Pod wpływem jego działania łuszczy się skóra w cienkich warstewkach a mimo to jest ona przytém białą i gładką. Do téj więc nieszkodliwości przyłącza się wybitna skuteczność, gdyż dobre wyniki osiągnął L. sozojodolem w świeżych i zadawnionych wypryskach rozmaitego pochodzenia, na twarzy jakoteż wobec żylakowatych wrzodów na odnogach. Szczególnie wybitném było działanie, jak teoretycznie z góry można było się spodziewać (sozojodol zawiera jod, siarkę i karbol) w chorobach skórnych, wywołanych przez pasorzyty. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* 1888, zeszyt 1). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

Dinter: **Dwa przypadki róży twarzowéj wpływającéj na przebieg zadumy.**

Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 52-letniéj, pochodzącéj z rodziny zdrowéj. Pod wpływem licznych zgryzot domowych stawała się bardzo przygnębioną, niespokojną i lękliwą, nie przyjmowała żadnych pokarmów, a w marcu roku 1888 stan jéj tak się pogorszył, że oddano ją do szpitala Drezdeńskiego. W tydzień po przybyciu do szpitala wystąpiła nagle poprawa jéj stanu; chora dobrowolnie leżała w łóżku, chętnie przyjmowała pokarmy, rozmawiała rozsądnie. Nazajutrz pokazała się na twarzy róża wśród wysokiéj gorączki, przez cały ciąg trwania róży, t. j. przez 5 dni, chora nie okazywała żadnych objawów zboczenia umysłowego. Z ustąpieniem gorączki poczęły wracać napady niepokoju, lęku z przerwami, które stawały się coraz dłuższemi, a w kwietniu opuściła chora szpital wolna od wszelkich dolegliwości. Autorowi wiadomo, że dotąd czuje się ona zupełnie zdrową na ciele i umyśle.

Drugą chorą, osobę 49-letnią, dziedzicznie obciążoną przyjęto do szpitala z wybitnemi objawami zadumy. Objawy te ciężkie, polegające na niechęci do życia, niepokoju, wzbranianiu się do przyjmowania pokarmów, bezsenności i t. d. utrzymywały się przez 5 tygodni. Nie ustępowały one także podczas trwania róży, która w tym czasie na twarzy i na głowie chorėj się rozwinęła. Tylko podczas przełamywania się gorączki, objawy zadumy zwolniły nieco na kilka godzin, lecz potem w całėj pełni powróciły. Tylko pierwszy przypadek jest zatem zgodny ze znanemi w literaturze i mającemi wykazać wpływ róży, a ogólnie gorączki na przebieg chorób umysłowych. *(Centralbl. f. Nervenheilkunde, Psychiatrie, u. gerichtl. Psychopath.* 1889 Nr. 4). *A. B.*

Toksykologija.

Sobbe: **Ciekawy przypadek zatrucia rybą.**

Mężczyzna liczący lat 40 oficer wojska niemieckiego spożył w południe dużą porcyję gotowanėj ryby zwanėj kablion, poczém zauważył, że ryba ma smak silnie gorzki, a okolica brzucha jest zabarwiona żółtawo-zielono. W półtorėj godziny potém nie czuł się zupełnie zdrowym, wyszedł więc zaczerpnąć świeżego powietrza, ale podczas przechadzki nagle zemdlał a przyszedłszy do siebie czuł się na tyle silnym, że wrócił sam do domu, gdzie zemdlenie powtórzyło się pięć razy. Choremu zaczęło dokuczać pragnienie i parcie na stolec. Zawezwany Sobbe zastał chorego zupełnie przytomnego. Doznawał on właśnie przykrego uczucia nudności, a ciało pokrywał pot zimny. Tętno pełne i mocne wynosiło tylko 14 na minutę. Źrenice wązkie i leniwo poruszalne, sinica, dysfagia, bezgłos i bezmocz, oto objawy, jakie chory okazywał. W 10 godzin po spożyciu ryby dostał silnych wymiotów, które się kilka razy powtórzyły. Na drugi dzień tętno rano wynosiło 16, wieczorem 26 na minutę i było przytém wyraźnie dwubitne a nawet trójbitne, inne przypady były słabsze. W 36 godzin po zjedzeniu ryby tętno wróciło do stanu prawidłowego i wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. Cały przebieg choroby naprowadzał na myśl, że miało się do czynienia z otruciem jadem rybim. Jak wiadomo rozróżnia się trzy rodzaje otrucia jadem rybim, pierwszy przebiega wśród objawów *„cholera nostras“*, drugi cechuje się osutką podobną do pokrzywki, a trzeci wywołuje ciężkie przypady ze strony systemu nerwowego, które Kobert porównywa do objawów zatrucia atropiną i radzi jad nazywać ptomatoatropiną. W przypadku wyżėj opisanym nie było przypadów cholery, nie było osutki, były natomiast przypady nerwowe, podobne chyba do objawów zatrucia muskaryną a nie atropiną. Brieger opisał wprawdzie ptomain działający podobnie do muskaryny a powstający podczas gnicia mięsa rybiego, ale ma on powstawać dopiero w bardzo daleko posuniętėj zgniliznie. Można więc przypuścić, że wątłusz kablion bezpośrednio przed połowem spożył jakieś mocno gnijące części mięsa rybiego, że takowe były jeszcze w przewodzie pokarmowym lub w wątrobie i dostały się do mięsa na brzuchu sztucznie przy wyjmowaniu trzew przez nieostrożne ich nacięcie. Silnie gorzki smak i żółte zabarwienie brzucha ryby mogły pochodzić od żółci. W każdym razie przypadek to godny wzmianki tém bardziėj, że wystąpił w przebiegu otrucia tak rzadki objaw jak tętno trójbitne, a ilość tętna 14 na minutę jest jedynym w literaturze lekarskiėj. (*Berliner klin. Woch.* Nr. 7, 1889). *A. R.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Uffelmann: **Znaczenie higijeniczne światła słonecznego.**

Zwracając uwagę na ogromny wpływ, jaki światło słoneczne wywiera na rozwój wszystkich jestestw organicznych na ziemi ubolewa autor nad tém, że nadzwyczaj mało liczymy się z tym wpływem przy stawianiu domów, urządzaniu okien i t. d. A już przecież Hippokrates, a potém Galen i Avicenna uczyli, że światło słoneczne jest czynnikiem wpływającym na zdrowie człowieka. Pierwszym, który wpływ światła doświadczeniem wykryć się starał, był Edwards w r. 1825, a po nim między innymi Moleschott (1855) wykazał, że żaby w równych zresztą warunkach wydzielają w świetle $^1/_{12}$ do $^1/_4$ razy więcėj CO_2, niż w ciemności, i że ten nadmiar CO_2 jest tėm większy, im większą jest siła światła. Nadto żaby przechowywane w świetle posiadały większą pobudliwość nerwów i wyższą zdolność mięśni do pracy. Późniejsze doświadczenia Specka wykonane na ludziach, jakkolwiek wydały wyniki nieco odmienne, stwierdziły jednak znaczny wpływ światła na ilość powietrza wdechanego.

Z doświadczeń tych wysnuwa U. wniosek, że światło słoneczne podnosi przemianę materyi w ustroju, a to w ten sposób, że drażni zakończenia nerwów czuciowych, a ztąd podnieta przechodzi na drogę nerwową na te ośrodki, które wpływają na wymianę w komórkach ustroju. Że światło słoneczne nietylko drogą siatkówki wpływ swój wywiera, dowodzą doświadczenia Moleschotta i Fabiniego, wykonane na zwierzętach pozbawionych wzroku. U takich zwierząt bowiem ów nadmiar wydzielonego CO_2 był wprawdzie mniejszy, ale był zawsze dość znaczny. Nie małém jest higijeniczne znaczenie światła słonecznego z powodu jego wpływu na usposobienie i siłę umysłową, który to wpływ szczególnie uwidocznia się u chorych. Najpowszechniėj znanym jest wpływ dobrego światła na narząd wzrokowy i wiemy, że jak z jednėj strony zbyt silne światło drażni silnie siatkówkę i może sprowadzić *scotomata* lub nawet zupełną ślepotę, tak z drugiėj strony skąpe światło jest dla oka czynnego równie szkodliwém.

Niezmiernie ważném jest znaczenie światła słonecznego jeszcze z tego względu, że przyczynia się do oczyszczania powietrza ze szkodliwych lub zbytecznych dla orgnanizmu składników. Pod jego to wpływem rośliny w większėj ilości pochłaniają bezwodnik węglowy i amoniak a wydzielają tlen; w ciemności rośliny chciwie pochłaniają tlen i wydalają CO_2. Nadto najprawdopodobniėj przyspiesza światło słon. utlenienie istot organicznych w powietrzu zawartych. Wreszcie podnieść należy, że według doświadczeń Arloinga, Duchaux światło słoneczne zabija niektóre mikroby i ich zarodniki.

Tyle podają nam badania doświadczalne. Ale doświadczenie praktyczne poucza nas o wartości higijenicznėj światła. Jest rzeczą pewną, że dzieci wychowane w ciemnych izdebkach są blade i mają wejrzenie chorobliwe, że mieszkania te ciemne są źródłem dla ważnych chorób ustrojowych, jak zołzy, krzywica itd. W okolicach zimniczych najbardziėj zimnicą dotknięte są osoby zajmujące ciemne, od słońca odwrócone mieszkania tak, że w Włoszech w okolicach zimniczych istnieje przysłowie: *„Dove non viene il sole, viene il medico“*. (Dokąd nie dochodzi słońce, tam przyjdzie lekarz).

Z opisanych wyników badania i doświadczenia łatwo wysnuć wnioski tyczące się zastosowania tych danych w życiu praktyczném. Każde mieszkanie powinno być na mierne światło słoneczne przez jak najdłuższy okres dnia wystawione, najbardziėj oświetlone komnaty należy oddawać dzieciom na pomieszczenie, a promienie słoneczne tylko na tak długo i o tyle powstrzymać należy, o ile wprost oczom zkodliwe być mogą. Temi zasadami kierować się należy tak przy budowie domów prywatnych, jak szczególnie przy budowie szkół, zakładów wychowawczych, koszarów i t. p. zakładów. (*Wiener Klinik* Zeszyt 3. Marzec 1889). *A. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 marca. Na ostatniėm swėm posiedzeniu Wydział lekarski zamianował: Dra Alberta Süsskinda asystentem przy katedrze patologii ogólnėj i doświadczalnėj na lat 2; elewa chirurgicznego Dra Gabryszewskiego drugim asystentem, a Drów Szydłowskiego i Langiego elewami przy klinice chirurgicznėj.

* Otrzymaliśmy 16te sprawozdanie komitetu Tow. Opieki szpit. dla dzieci w Krakowie z r. 1888. Z końcem roku tego Towarzystwo liczyło członków 91. Dochód wynosił 19,432$^1/_2$ złr., rozchód zaś 15,872 złr. 38 kr. Klinika pedyjatryczna (24 łóżek) pozostaje pod kierunkiem prof. Jakubowskiego, a asystentem jest Dr. St. Momidłowski, w oddziałach szpitalnych (76 łóżek) dyrektorem również jest prof. Jakubowski, operatorem prof. Rydygier, p. o. lekarza ordynującego Dr. Momidłowski, sekundaryjuszami Drowie Porębowicz i Żędzianowski, p. o. sekundaryjuszów

Drowie Pawlas i Szydłowski. W ciągu r. 1888 przyjęto do kliniki stałéj chorych 761, pozostało z roku przeszłego 60, leczono więc razem 821, z tych umarło 196. Ambulatoryjnie leczono 3367. Do lecznicy w Rabce wysłano w lecie dzieci 25.

* Towarzystwo opieki zdrowia, w Krakowie od niedawna istniejące, wystósowało memoryjał do Rady m. Krakowa w sprawie budowy naszych szkół miejskich, zawierający cenne wskazówki z zakresu higijeny szkolnéj.

* Wiadomo, że od lat kilku występują, i to coraz natarczywiéj, żądania, aby t. zw. szkoły dla chirurgów, które od lat kilkunastu dopiero w monarchii austro-węgierskiéj istnieć przestały, do życia przywrócono. Żądania te pochodzą głównie od prowincyj alpejskich, gdzie rzeczywisty jest brak lekarzy, ponieważ niepodobna żądać od doktora w. nauk lek., aby osiedlił się w miejscowościach, w których z powodu ubóstwa ludności żadnego powodzenia spodziewać się nie może. Otóż sądzą, że lekarze podrzędnéj kategoryi, czyli t. zw. chirurdzy, zadowalający się mniejszym dochodem, nie będą gardzić praktyką wiejską i górską. W obec tych ciągle powtarzających się wniosków i domagań pocieszającą jest rzeczą, że Ministerstwo spraw wewnętrznych w skutek jednej z takich petycyj udzieliło odpowiedzi, na którą ze stanowiska postępu bezwzględnie każdy się zgodzi, i zezwoliło na ogłoszenie téj odpowiedzi w organie Najwyższéj Rady sanitarnéj. Zbyteczna dodać, że Ministerstwo stanowczo oświadczyło się przeciw przywróceniu szkół chirurgicznych, i to zarówno ze względów dydaktycznych, jakotéż praktycznych.

* W Izbie poselskiéj pruskiéj sprawa higijeny była niedawno przedmiotem dyskusyi, w któréj wystąpili ze zdaniami przeciwnemi Virchow i minister oświecenia Gossler. Rozchodziło się o ustanowienie katedr dla higijeny w Hali i Marburgu, a przy téj sposobności wytoczono kwestyję zasadniczą, czy higijena jest nauką samodzielną lub téż składa się z kilku innych gałęzi lekarskich i przyrodniczych. Uderzającą było rzeczą, że Virchow, sam i na polu higijeny tak bardzo zasłużony, wystąpił przeciw potrzebie tworzenia katedr dla higijeny, dowodząc, że to rzecz co najmniéj przedwczesna, a bronić musiał katedr minister oświecenia. Wystąpienie to Virchowa staje się atoli mniéj uderzającém, jeżeli przypomnimy sobie, że wszystkie znakomitości północno-niemieckie są niesłychanie konserwatywnemi pod tym względem, iż — jak to niejednokrotnie wypowiedział i Billroth — liczba katedr w wydziałach powinna być stałą, że do *„ordo"* nie należy wpuszczać reprezentantów takich gałęzi, które oddawna tam nie należą, a za tém idzie i nie przyznawanie godności nauki samodzielnéj nowo rozwijającym się gałęziom.

* **Niemcy**. Od 15—18 kwietnia r. b. odbędzie się w Wiesbadenie 8y Zjazd dla medycyny wewnętrznéj.

Prof. Leyden w Berlinie obchodził w przeszłym tygodniu 25 letni jubileusz działalności swéj nauczycielskiéj.

(†) *„Deutsche Landwirtsch. Presse"* zwraca uwagę, że w Holandyi wyrabia się znaczna ilość fałszowanego séra. Do wyrobu tego séra używa się tam sadła wieprzowego. *(Wracz* 1889 r. Nr. 9).

(†) **Francyja**. Do rzędu zjazdów międzynarodowych, mających się odbyć w czasie wystawy paryzkiéj, przybyły jeszcze dwa: 1. w kwestyi alkoholizmu i 2. w kwestyi medycyny sądowéj.

Towarzystwo medycyny praktycznéj w Paryżu ma zamiar wydać w czasie wystawy książkę, zawierającą postępy medycyny w ciągu ostatnich 10—20 lat. Każdy rozdział będzie napisanym przez specyjalistę.

Akademija lek. paryzka, dzięki zapomodze otrzymanéj od ministerstwa spraw wewnętrznych, będzie w możności otworzyć własny zakład krowiankowy. Rozchód roczny na ten cel wyniesie 8,000—10,000 fr.

(†) **Włochy**. Akademija nauk w Turynie ogłosiła konkurs imienia Bressy, do którego mogą stanąć uczeni i wynalazcy wszystkich krajów. Nagroda wynosząca 12,000 lirów będzie przysądzona temu, kto w ciągu 1887—1890 r. zrobi najważniejszy i najkorzystniejszy wynalazek, lub téż napisze najlepszą pracę z dziedziny nauk fizycznych i doświadczalnych, historyi naturalnéj, matematyki czystéj i stosowanéj, chemii, fizyjologii, patologii, geologii, historyi, geografii, statystyki. Ostatni termin nadsyłania prac jest dzień 31 grudnia 1890 r.

(†) **Anglija**. W roku ubiegłym minęło 100 lat od czasu założenia w Londynie „Towarzystwa pomocy dla wdów i sierót po lekarzach". Kapitał tego towarzystwa wynosi obecnie 83,000 funt. szterl.

(†) **Rosyja**. Ze sprawozdań odczytanych na uroczystych zebraniach uniwersytetów kijowskiego i moskiewskiego wynika, że w r. 1888 w uniwersytecie kijowskim było słuchaczy 2089, z których 907 (43,5%) przypada na wydział lekarski. W uniwersytecie zaś moskiewskim było 3257, a z tych w wydziale lek. 1245 (38%). (*Meždunarodnaja Klinika* 1889, Nr. 1).

(*T.*) Przy głównym woj. lek. Zarządzie ma być urządzona centralna bakteryjologiczna i mikroskopowa pracownia, pod kierownictwem pr. doc. Dr. Rapczewskiego.

Pewien właściciel domu w Odessie, zmarły na suchoty, zapisał 20 tys. r. s. na urządzenie w szpitalu miejskim oddzielnego baraku dla suchotników.

W czasopismach ros podniesiono myśl przeniesienia dorpatskiego uniwersytetu, w którym wkrótce mają zaprowadzić wykłady rosyjskie, do Smoleńska.

(*T.*) **Japonija**. W Tokio spalił się uniwersytet; w płonącym gmachu zgorzało 3ch studentów i wielu było rannych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Nowomianowany następca Bambergera Dr. Oton Kahler urodził się w Pradze w r. 1849, uzyskał tamże stopień doktora w r. 1871, był asystentem prof. Halli, habilitował się w r. 1878, w r. 1882 mianowany prof. nadzwyczajnym a w r. 1886 zwyczajnym kliniki lekarskiéj w Uniw. niemieckim. — Prof. Brücke kończy w d. 6 czerwca rb. rok 70y życia. — **Monachijum**. Prof. Strassburger obecnie w Bonn (Warszawianin) powołany tu został na katedrę botaniki. — **Fryburg**. w Bryzgowii. Docent Dr. Wiedow mianowany został nadzw. prof. położnictwa i ginekologii.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. nauk. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. p. Antoni Chomin z Szczerca i p. Michał Tylka z Dzianisza w Galicyi.

* **Nekrologija**. W Dublinie umarł nagle Dr. O'Dwyer, znakomity praktyk. — W Wiedniu umarł Dr. Ryszard Wittelshöfer, docent chirurgii, syn zmarłego niedawno redaktora *W. med. Woch.* Urodzony w r. 1853, kształcił się w Wiedniu i Heidelbergu, w r. 1877 uzyskał stopień Dra a w r. 1884 habilitował się we Wiedniu.

(*T.*) Zmarli: Dr. Hilary Witkowski, lek. pow. Kiereńskiego (gub. Penzańska), który przez ciąg 30 let. pobytu w tém mieście zjednał sobie uznanie (ofiarowano mu nawet honorowe obywatelstwo miasta) i Dr. Michał Rodziewicz, lekarz powiatowy w Nerechin (gub. Kostromskiéj).

Dochodzi nas bolesna wiadomość o śmierci Dondersa, która nastąpiła w Utrechcie d. 24 b. m. Franciszek Korneli Donders urodził się d. 27 maja 1818 r. w Tilburg w Brabancie północnym i w r. 1842 uzyskał stopień Dra med. w Leydzie. Z początku czynny jako lektor anatomii i fizyjologii w szkole wojskowo-lekarskiéj w Utrechcie, w r. 1848 powołany został na profesora nadzw. przy tamecznym Wydziale lek. a w r. 1852 mianowany prof. zwyczajnym, oddawał się przeważnie oftalmologii i wykonywał praktykę okulistyczną aż do r. 1862. W r. 1855 razem z Arltem i Graefem począł wydawać *„Archiv f. Ophth."* W r. 1858 założył w Utrechcie zakład dla chorych na oczy. Dopiero w r. 1862 po śmierci Schrödera v. d. Kolk otrzymał katedrę fizyjologii a w r. 1866 otwarty został w Utrechcie nowy zakład fizyjologiczny, urządzony według jego wskazówek, a w zakładzie tym był czynnym aż do śmierci. Nader liczne prace jego, ogłoszone w języku holenderskim, szybko doczekały się tłumaczenia na wszystkie prawie języki; dzieła te odnoszą się głównie do zakresu fizyjologii i oftalmologii, a jakkolwiek przeważnie monografije jego posuwały naukę naprzód, to jednak najbardziéj rozpowszechnione były dwa dzieła jego, a mianowicie „Fizyjologija ludzka" tłumaczona na język niemiecki przez Theilego i na polski przez Fabiana i Stockmanna (Warszawa 1872), oraz „Zboczenia refrakcyi i akomodacyi", które w r. 1864 wyszły w języku angielskim i tłumaczone zostały przez O. Beckera na język niemiecki, przez Weckera na francuski a Quaglinę na włoski. Z Dondersem runął jeden z głównych filarów nowoczesnéj nauki lekarskiéj; był on godnym następcą sławnych mistrzów holenderskich 17go i 18go wieku: Leuwenhoecków, Swammer-

damów, Ruyschów, Verheyenów, Sylwiusów, Boerhaawów, van Swietenów.

Dziś rano umarł w Krakowie Dr. Tomasz Wojnarski, sekundaryjusz w szpitalu św. Łazarza, licząc lat 32.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 3: Winawera: O mięsieniu w chorobach kob. podług Thure Brandta (dok.). — W *Medycynie* Nr. 12: Stankiewicza: O cięciu zewn. cewki moczowéj przy zwężeniach téjże; Dobrzyckiego; Sławuta (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki i terapii pierwotnego raka krtani; Hewelkego: Przyczynek do farmakologii fluorku sodu; Neufelda: Limfotoki podskórne (dok.); Freidensona: Przypadek ciała obcego w krtani.

Redakcyja otrzymała:

Dr. N. REICHMANN (w Warszawie): Uiber d. Anwendung d. Pankreaspräparate b. atroph. Magenkatarrh. (Odbitka z *W. med. Woch.* 1889) in 8vo str. 6. — Doc. Dr. CHODONUSKY: Alkaloidy a glykosidy, V Praze, in 8vo str. 21. — Tenże: Otrava kafrem. (Odbitka z *Časop. lek. cesk.* 1889). in 4to str. 4. — Tenże: O rozpustnosti sirnikn a kysl. arsenového. (Odbitka z „*Listu Chemick.*“) in 8vo str. 4. — Tenże: Rozkład kys. chinové zředěnou kys. solnou. (Odbitka z *Věstn. k. c. spol. nauk*). in 8vo str. 3. – Dr. J. SCHREIBER: Wesen u. mech. Behandlung d. Muskelrheumatismus. (Odbitka z *W. med. Woch.* 1889) in 8vo str. 15

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 3 kwietnia o godzinie 7téj w **sali wykładowéj prof. Blumenstoka** zwyczajne posiedzenie, na którém prócz niezałatwionych na poprzedniém posiedzeniu spraw kolega Dr. Filipkiewicz mówić będzie „O przypadkach wyprysku ogólnego na tle skazy dnawéj (*diathesis urica*)“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie.

L. 3310 / pr.

W myśl rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 18go września 1875. Dz. P. P. Nr. 126, odbędą się egzamina dla lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z 21 marca 1873 Dz. P. P. Nr. 37, w celu uzyskania stałej posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych w maju 1889, a to dla lekarzy w Krakowie, a dla weterynarzy we Lwowie.

Podania o przypuszczenie do tych egzaminów mają być wniesione najdaléj do dnia 15 kwietnia b. r. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie, przez dotyczące c. k. Starostwo i zaopatrzone w dowody, wymagane w §. 7 i 17 wyż powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie 24 marca 1889.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 6 Kwietnia 1889. Nr. 14.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

†

Dr. Alfred Biesiadecki

c. k. Radzca Namiestnictwa i Referent spraw lekarskich w Namiestnictwie galicyjskiem, b. Profesor zwyczajny anatomii patologicznéj, b. Dziekan Wydziału lek. w Uniw. Jagiell., Członek zwyczajny Akademii Umiejętności, Członek i b. Prezes Tow. lek. krak., Prezes Tow. lekarzy galicyjskich, Członek wielu innych Towarzystw, b. Radzca m. Krakowa, Kawaler orderu korony żelaznéj 3-ciéj klasy, pruskiego orderu Orła czerwonego 3-ciéj klasy i rosyjskiego św. Stanisława 2-giéj klasy, itd., itd., itd.

urodzony w Dukli d. 12 Marca 1839
umarł we Lwowie d. 31 Marca 1889.

„*Non omnis moriar, multaque pars mei vitabit Libitinam.*“

Słowa te poety rzymskiego stósował do wielkiego nowoczesnego lekarza polskiego i znakomitego obywatela również wielki obywatel, żegnając zwłoki poprzednika swego w urzędzie autonomicznym. Słowa te bez przesady zastósować możemy dziś do świeżo zgasłego protomedyka naszego, bo też ś. p. Biesiadecki w dziejach medycyny polskiéj godne zajmie miejsce obok Dietla. Śmierć jednego i drugiego nie była niespodzianką; jeden spłacił dług naturze w wieku sędziwym, drugi w jego sile, ale styrany pracą i wieloletnią, uporczywą chorobą; jednak wiadomość, że nastąpiło to, czego powszechnie oddawna się obawiano, wywołała w całym kraju smutek i żal głęboki; uczuł bowiem kraj, że stracił męża miary niezwykłéj. W przeciągu lat 10 biedny nasz kraj stracił obydwóch, a choć pamięć ich nietylko śród nas nigdy nie zagaśnie, ale przechowa się na kartach dziejów lekarskich, to jednak nie zmniejsza to doniosłości bólu z powodu straty, którą my ponosimy, my biedni pariasi śród narodów, dla których każdy cios w dwójnasób jest dotkliwym, bo ani tak łatwo ani tak prędko powetować się nie daje.

Pod świeżém a bolesném wrażeniem téj wielkiéj straty, w obec grobu jeszcze otwartego, nie stać nas na przedmiotowe i chłodne ocenienie zasług ściśle naukowych znakomitego Kolegi; zajmie się niém niezadługo jeden z pomocników i świadków prac nieboszczyka, dokonywanych w zakładzie, w którym niezmordowanie oddawał się badaniom, dopóki nadwątlone siły fizyczne nie zmusiły go do przeniesienia się na inne, a również ważne pole działania. Na teraz poprzestaniemy na krótkiém zestawieniu dat życia tak pożytecznego, a którego pasmo niestety tak przedwcześnie przerwane zostało.

W 24-tym roku życia ś. p. Biesiadecki uzyskał we Wiedniu stopnie akademickie i odrazu rozpoczął służbę w tamtejszym szpitalu powszechnym. Już jako uczeń zwrócił był na siebie uwagę swych przewodników, a głównie Brückego i Rokitańskiego, pod których kierunkiem pracował w zakładach; to też gdy w r. 1865 opróżnioną została posada asystenta, wielki reformator anatomii patologicznéj powołał na nią Biesiadeckiego, który w krótkim czasie pracami swojemi i wykładami takie pozyskał wzięcie w Wiedniu, że lekarze zagraniczni, którzy później sami zasłynęli jako badacze, z dumą nazywali się uczniami młodego asystenta. Powołany w r. 1868 na katedrę anatomii patologicznéj w Uniw. Jagiell., opuszcza Wiedeń i z młodzieńczym zapałem przystępuje do krzewienia nauki na niwie ojczystéj śród młodzieży uwielbiającéj go, pomimo że nie uganiał się za popularnością, a nawet umiał być dla mniéj pilnych surowym przewodnikiem. Równocześnie rozwinął wszechstronną czynność w Towarzystwie naukowém a następnie w Akademii Umiejętności, któréj był Członkiem czynnym od chwili jej

powstania, w Senacie akademickim jako dziekan Wydziału lekarskiego, w Towarzystwie lekarskiém krakowskiém, które go obrało swym przewodniczącym, w reprezentacyi miejskiéj, do któréj należał jako radzca; słowem przez ciąg 8-letniego pobytu w Krakowie nie było grona poważnego, w którémby nieboszczyk nie działał według sił swoich a nawet nad siły swoje. To téż gdy w r. 1876 przyjął ofiarowaną sobie posadę protomedyka we Lwowie, koledzy i uczniowie żegnali go serdecznie, nie tając żalu, że widział się zmuszonym porzucić tak ważną katedrę uniwersytecką. Zdołał on jednak zająć stanowisko wybitne i jako protomedyk we Lwowie. Złożywszy dowód odwagi osobistéj, gdy w zimie 1878/9 r. podczas pojawienia się dżumy w Wietlance nad Wołgą śród ogólnego przerażenia, które ogarnęło całą prawie Europę, nie wahał się bezinteresownie przyjąć na wezwanie Rządu niebezpiecznéj misyi, zaszczycony nieograniczoném zaufaniem ówczesnego Namiestnika hr. Potockiego przyczynił się do przeprowadzenia organizacyi lekarzy powiatowych oraz wielu ulepszeń higijenicznych w kraju naszym. Jego usilnym staraniom i wpływom osobistym zawdzięczamy utworzenie we Lwowie zakładu weterynarskiego i obsadzenie go najlepszemi siłami, które już to znalazł w kraju, już też potrafił odszukać w innych dzielnicach naszych. Do ulubionych jego marzeń należało założenie we Lwowie biblijoteki lekarskiéj na większą skalę, a pod tym względem nie szczędził znacznych ofiar pieniężnych; jako prezes zaś Rady sanitarnéj krajowéj krzątał się koło utworzenia choć skromnego zakładu bakteryjologicznego, odpowiednio do tegoczesnych wymagań higijeny. W ostatnich czasach był zajęty zbieraniem materyjału do tyle ważnéj dla kraju naszego organizacyi służby zdrowia w gminach, a po raz ostatni przy względném jeszcze zdrowiu wystąpił podczas Zjazdu lekarskiego we Lwowie w lipcu r. z., obznajmiając przy téj sposobności przybyłego na Zjazd referenta sanitarnego w Ministerstwie spraw wewnętrznych z potrzebami sanitarnemi stolicy i prowincyi. Największą zasługę położył dla stanu lekarskiego Galicyi jako wieloletni prezes Tow. lek. galicyjskich, poznawszy dokładnie opłakane stósunki lekarskie na prowincyi i nędzę wdów i sierót pozostałych po kolegach, którzy pomimo ciężkiéj wieloletniéj pracy nie zdołali zabezpieczyć bytu rodzinie swojéj. Nieustannie przemyśliwał nad pomnożeniem funduszu kasy wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach istniejącéj przy Towarzystwie lek. galicyjskich i Jemu wyłącznie prawie zawdzięczyć należy, że fundusz ten z małych początków powstały wzrósł obecnie do kilkudziesięciu tysięcy zł. a. i że z odsetek tego kapitału pobierają stałe pensyje i wsparcia wdowy i sieroty. Na ten sam piękny cel przeznaczył także i sumę 6000 złr., którą przy sposobności 25-letniego jego jubileuszu lekarskiego wdzięczni lekarze galicyjscy złożyli i Jemu oddali do dyspozycyi. A pamięć o losie wdów i sierót przechował do ostatniego tchnienia; dogorywając już prosił, aby przy pogrzebie jego kosztowne a marne wieńce zastąpiono datkami na cel dobroczynny.

Wszystko to zdziałał Biesiadecki w ciągu krótkiego żywota, skołatanego cierpieniami fizycznemi i moralnemi. W Krakowie stracił pierwszą żonę, za czasów pobytu we Lwowie syna, rokującego świetne nadzieje, który zginął na wycieczce w Zakopanem; osłodą jego cierpień była druga zacna żona i dwoje pięknych jak anioły dzieci, które obecnie opłakują zgon najlepszego małżonka i ojca.

Chorągwie żałobne, które powiewają z gmachów naukowych Krakowa i Lwowa, zwiastują krajowi, że na firmamencie naszym naukowym zgasła gwiazda, jedna z przyświecających jaśniéj i żywiéj, że naród stracił jednego z najlepszych obywateli, a stan lekarski nasz jednę z największych ozdób, a przedewszystkiem jednego z najżyczliwszych orędowników. A jeżeli dziś wszystkie odcienia ludności wezmą udział w oddaniu ostatniéj usługi tak zasłużonemu Mężowi, to niechaj i nam będzie wolno złożyć hołd uszanowania i wdzięczności znakomitemu i zacnemu Koledze, który kierując się pobudkami patryjotycznemi przyprowadził do skutku sojusz pomiędzy Towarzystwami lekarskiemi krajowemi i zawsze okazywał się życzliwym dla naszego tygodnika. Z uczuciem niewysłowionego bólu i głębokiego żalu żegnamy Cię, zacny i znakomity Ziomku i Kolego! Niechaj będzie Ci lekką ta ziemia, którą tak kochałeś!

†

Dr. Teofil Kaczorowski.

Pod smutną gwiazdą rozpoczynamy drugi kwartał rocznika. Przed kilku dniami dopiero pochowaliśmy młodego kolegę krakowskiego; jeszcze nie ochłonęliśmy z pierwszego smutnego wrażenia z powodu śmierci protomedyka, a już dochodzi nas wiadomość o śmierci jednego z najzacniejszych i najzdolniejszych kolegów poznańskich. Ze zbolałéj piersi wyrywa się jęk żałosny a mimowolnie wolamy z poetą: Przestań kary, Boże rozgniewany!

Ś. p. Teofil Kaczorowski urodził się w r. 1830 w okolicach Torunia, do gimnazyum uczęszczał w Chełmnie n. W., nauk lekarskich słuchał od r. 1848 w Gryfii, później w Królewcu i Berlinie, gdzie w r. 1853 osiągnął dyplom doktorski. Osiadłszy w Poznaniu jako lekarz praktyczny uzyskał wielkie wzięcie, później był i lekarzem zakładu Sióstr Miłosierdzia, a rząd nadał mu tytuł radzcy zdrowia. Jedynaczkę swoją wydał za poetę Asnyka; umarła ona w kwiecie wieku, pozostawiwszy dorodnego synka, który chował się w domu dziadka. Ś. p. Kaczorowskiego poznaliśmy na 1-szym Zjeździe lekarskim w Krakowie w r. 1869, a po raz drugi zetknęliśmy się z nim na Zjeździe w Poznaniu, gdzie mieliśmy sposobność poznania zacnego jego domu i prawdziwéj staropolskiéj gościnności, z jaką podejmował kolegów z dala przybyłych. Ś. p. Kaczorowski był lekarzem, który w każdym narodzie, nawet kroczącym na czele cywilizacyi, byłby chlubą stanu i zawodu swego; rozległe ogólne a nie mniejsze zawodowe wykształcenie, gruntowna znajomość języków, bystrość poglądów, śród lepszych warunków aniżeli niestety istnieją dla Polaków pod panowaniem pruskiem, byłyby aż nadto dostateczne, aby Kolegę tego nawet bez osobistych starań i zabiegów wysunąć na stanowisko wybitne, pierwszorzędne; w Poznaniu dzielił on los innych zasłużonych kolegów, którzy bez uznania należytego ze strony rządu zadowolić się muszą wewnętrznem przeświadczeniem, że poczciwej sprawie niosą w ofierze cichą i pożyteczną swą pracę. Jak rozległą była wiedza nieboszczyka, wynika z licznych jego rozpraw, ogłoszonych w języku polskim i niemieckim. Szczególną życzliwością otaczał nasz tygodnik, w którym największa część jego prac się mieści; kilka rozpraw ogłosił i w innych pismach polskich oraz w tygodnikach berlińskich: *Berl. klin. Woch.* i *D. med. Woch.* Od lat paru, szczególniéj od śmierci zacnéj swojéj małżonki, zaczął podupadać na zdrowiu, a dotknięty chorobą sercową cierpiał długo i ciężko w osamotnieniu swojem. Stan lekarski polski traci w ś. p. Kaczorowskim prawdziwą ozdobę, my zacnego przyjaciela i kolegę, którego pamięć śród nas nie zaginie!

I. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

Kilka wieków temu znakomity Jezuita z Fuldy Atanazy Kircher zauważył ciekawe zjawisko, które opisał w swém dziele: *„Ars magna lucis et umbrae“* (1646) i nazwał „dziwném doświadczeniem“ — *experimentum mirabile.* Mianowicie: jeżeli zwiążemy nogi kurze wązką wstążką i położymy zwierzę na podłogę lub stół, gdzie ono nareszcie po różnych wysiłkach i krzykach uspokoi się, późniéj nakreślimy kredą kreskę w kierunku skośnym do ócz kury, to możemy rozwiązać ją, a kura leży spokojnie, nie wstaje, nie ucieka przez pewien przeciąg czasu, nawet wtedy, jeżeli będziemy ją straszyć. Nie rozbierając bliżéj istoty rzeczy, Kircher objaśniał sobie bardzo łatwo, ale dla teraźniejszéj nauki dość naiwnie, przyczynę zjawiska: kura po oswobodzeniu leży spokojnie dlatego, że w skutek silnie rozwiniętéj wyobraźni, silnéj imaginacyi, uważa kreskę kredową za wstążkę lub sznurek, który ją więził do tego czasu, i mniema, że więzy jeszcze znajdują się na jéj nogach, choć ich już niema. Zjawiska podobne do doświadczenia Kirchera obserwowano późniéj nieraz, w ogóle wiedziano, że niektóre zwierzęta pozostają przez kilka minut w nienaturalnéj pozycyi, spokojnie, nieruchomie, jeżeli je utrzymuje się siłą przez pewien przeciąg czasu. Ale fakta te znane więcéj w życiu powszedniem, niż w ścisłéj nauce; tylko w ostatnich czasach dzięki naukowo przeprowadzonym badaniom ustala się pogląd na istotę tych zjawisk. Pierwszym, który zasłużył się wykonaniem odpowiednich doświadczeń, był profesor fizyologii Czermak [1]). Autor ten eksperymentował najpierw na rakach i przekonał się, że zwierzęta te mogą zachowywać nadane sobie niezwyczajne położenia, pionowe na głowie, na boku, na grzbiecie, jeżeli utrzymamy je ręką, ciężarem lub więzami na ten czas, kiedy raki się bronią. Powtarzając daléj doświadczenia Kirchera z kurami Czermak zauważył, że niepotrzeba ich wcale wiązać; nie jest także koniecznem kreślić kreskę na stole lub podłodze; on po prostu utrzymywał kurę z pewnym stopniem ucisku i przytém wyciągał głowę i szyję, nachylając ją nieco ku piersiom. Przy takim sposobie doświadczenie doskonale się udawało nietylko na kurach, ale i na kaczkach, gęsiach, łabędziach. Taki stan apatji i utraty woli u kur przeciągał się przez wiele minut i bywał tak silny, że można było zwierzę ostrożnie przewracać z boku na grzbiet bez wszelkiego oporu z jego strony i bez obudzenia; głowa przytém utrzymywała swe pierwotne położenie względem ciała, jedna noga z kurczowo wyciągniętemi pazurami była wyciągnięta, a druga przyciągnięta do tułowia. Kura oddychała głęboko i silnie, rzucając wzrokiem od czasu do czasu. Taki stan zwierząt kończył się albo sam przez się albo od jakiegokolwiek mniéj lub więcéj silnego zewnętrznego podrażnienia: ptaki szybko przychodziły do siebie i uciekały. Zupełnie podobne zjawisko utrzymywał Czermak w doświadczeniach z małemi ptaszkami śpiewającemi: kanarkami, szczyglami, słowikami. Przy utrzymywaniu na grzbiecie jedną ręką tułowia, a paluchem i wskazicielem drugiéj ręki — główki, ptaszki te szybko wpadały w stan opisany, co szczególnie dziwiło autora, który spostrzegał ich ruchliwość. Można było otrzymać taki sam stan przy położeniu siedzącem ptaka, jeżeli dwoma palcami trzymało się jego głowę w okolicy usznéj między uchem i kątem szczęki dolnéj: ptaki przytém miały oczy otwarte, lub téż czasem je zakrywały.

Czermak pierwotnie miał na myśli, że głównym czynnikiem zjawiania się opisywanego stanu układu nerwowego jest nienaturalne wyciągnięte położenie szyi, od czego zapewne pozostaje ucisk mechaniczny i rozciągnięcie niektórych części mózgu dużego i pacierzowego. Ale obserwacyje, gdzie stan letargiczny powstawał tylko przy trzymaniu tułowia zwierzęcia, przekonały autora, że rzecz ma się inaczéj. Z drugiéj strony doświadczenia z gołębiami zrodziły u Czermaka mniemanie, że narysowana kredą kreska nie ma tak małego znaczenia, jak to można było przypuszczać na zasadzie doświadczeń poprzednich. Ani trzymanie tułowia z wyciągniętą głową przy pozycyi na boku lub grzbiecie, ani trzymanie głowy dwoma palcami nie zdołało wywołać u gołębia nieruchomości na czas dłuższy; udawało się zaś to bardzo łatwo, jeżeli autor trzymał przed oczyma ptaka jeden lub dwa palce w kierunku skośnym lub pionowym do gładyszki, wtedy można było przewracać i ruszać gołębie i one pozostawały w swéj pozycyi do czasu, póki palec znajdował się przed ich oczami. Oczywiście rzecz całą stanowiło w tym razie utkwienie wzroku w przedmiocie. Podobnie cudowny wpływ wywierał każdy przedmiot, znajdujący się przed oczami gołębia, jeżeli tylko ten utkwił wzrok w niego. Zdawało się, że zwierzę uparcie odwracało główkę od przedmiotu i nie chciało patrzeć nań; w tym razie przytwierdzenie czegokolwiek do gładyszki zaradzało wszystkiemu. Umieszczenie przedmiotu przed oczami wywierało taki sam wpływ i na kury, jak o tem późniéj przekonał się autor: szczególnie łatwo powstawał stan letargiczny, jeżeli położono na osadę dzióba nitkę lub zgięty pręcik: można było przytém zauważyć, jak oczy ptaka uparcie i stale kierowały się ku końcom zwieszającéj się nitki. Czermak przypuszcza, że przy zwykłém wyciąganiu głowy i szyi kury i małych ptaszków, również przy powstawaniu stanu letargicznego główną rolę gra utkwienie wzroku w jakikolwiek przedmiot, znajdujący się w pobliżu.

Przy unieruchomieniu, powstającem u kur pod wpływem przedmiotu, przytwierdzonego do dzióba, Czermak zauważał także wyraźne objawy kataleptyczne: można było ruszać głową ptaka w różnych kierunkach i ona pozostawała w takiém położeniu, jakie jéj nadawano.

Powziąwszy przekonanie, że główną przyczynę opisywanych zjawisk stanowi utkwienie wzroku w przedmiocie, nie odrzucając przytém wpływu podrażnienia nerwów oznaczonych i pewnego nastroju bojaźliwego w zwierzęciu, Czermak wygłosił pierwszy zdanie, że w tym razie mamy do czynienia ze zjawiskami hypnotycznemi, zupełnie podobnemi do tych, jakie wywoływał u ludzi Braid także za pomocą utkwienia wzroku w przedmiocie. Badacze, pracujący późniéj, znaleźli te same fakta, co i Czermak, starali się ściśléj określić ich istotę, ale prawie żaden nie zgadzał się na nazwę i objaśnienie zjawisk, podane przez pierwszego autora. W kró-

[1]) *Nachweis echter „hypnotischer“ Erscheinungen bei Thieren. Sitzungsberichte der Akademie der Wissenschaften. Wien.* 1872. *Band* 66, pag. 364—381. *Beobachtungen und Versuche über hypnotischer Zustände bei Thieren. Pflügers Archiv* 1873. *Bd.* VII. pg. 107.

tkim przeciągu czasu po ogłoszeniu doświadczeń tegoż zjawiła się praca Preyera[1]).

Preyer robił doświadczenia nietylko na ptakach (kurach) ale i na morskich świnkach, królikach, jeżach i żabach; otrzymał te same zjawiska; nazwał on obserwowany stan zwierząt „katapleksyą“. Ale Preyer nie zgadza się wcale na zdania Czermaka, że w tym razie ma miejsce hypnoza, ponieważ zwierzęta nie usypiają, a tylko od czasu do czasu zamykają oczy. Według zdania Preyera wszystkie obserwowane zjawiska są wynikiem strachu, trwogi, wywołującéj u zwierząt utratę ruchu i woli. Zwierzę, mówi Preyer, leży po oswobodzeniu spokojnie dlatego, że myśli, że jeszcze dłużéj będą go trzymać. Aby doświadczenie udało się pomyślnie, Preyer za najlepszy sposób uważa szybkie, nagłe, dość silne schwytanie, które sprawia szybkie, silne i niespodziewane podrażnienie nerwów czuciowych i idącą za tem katapleksyę. W rzeczywistości autor ten ma takie same mniemanie o stanie ośrodkowego systemu nerwowego, jak Czermak: mówi on, że zwierzęta w takich doświadczeniach okazują raczéj naprężenie mózgu, niż senność.

Zupełnie odrębne zdanie o opisywanych faktach wypowiada Heubel[2]). Robił on doświadczenia przeważnie na żabach i po części na ptakach dla skontrolowania doświadczeń Czermaka. Dla wykonania doświadczenia Heubel trzymał żabę w położeniu na grzbiecie tak, że prawa ręka przeszkadzała ruchom głowy i kończyn przednich, lewa — ruchom kończyn tylnych, przyprowadzonych do tułowia: po 5—10, czasem 15 minutach, gdy zwierzę przestało się bronić, autor unosił ręce i żaba leżała spokojnie przez godzinę, nawet 3 lub 4 godziny, nie zmieniając swego położenia. Doświadczenie udawało się także z żabami, u których wycięto półkule mózgowe, nawet ośrodki wzrokowe, ciała czworacze, z żabami, posiadającemi tylko mózg mały, rdzeń przedłużony i pacierzowy. Heubel uważa pozostający we wszystkich takich doświadczeniach stan systemu nerwowego za sen zwyczajny, mniéj lub więcéj głęboki. Jakież dowody przytacza autor? Najprzód to, że żaba przedstawia wiele cech zewnętrznych snu zwykłego. Tak normalna nie śpiąca żaba trzyma kończyny swe w pewnym symmetrycznym porządku; tymczasem u leżącéj na grzbiecie nie widzimy tego: kończyny mają najróżnorodniejsze położenie i pozostają w niem długi przeciąg czasu. Oczy zwierząt zwykle są przymknięte do połowy lub zupełnie, oddychanie, z początku przyspieszone prędko znacznie zwalnia, i staje się głębokiem, czasem nawet tak rzadkiem i powierzchownem, że zaledwie można je zauważyć: działalność serca idzie równolegle z oddychaniem. Daléj Heubel wspomina o znacznéj wiotkości mięśni, jako o stałéj, charakterystycznéj oznace snu, oprócz tego zauważamy osłabienie odruchów. Wszystko to według Heubla przedstawia dowody istnienia snu, zupełnie takiego, jaki zjawia się normalnie, lub też pod działaniem jakiego środka nasennego. Ale dlaczego w danych doświadczeniach zjawia się sen? Tu Heubel ma za punkt wyjścia teoryję snu Pflügera: sen powstaje dlatego, że my usuwamy od zwierzęcia wszystkie zwykłe podrażnienia zewnętrzne, wywołujące stan działalności i pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego. Do takich podrażnień należą wrażenia otrzymane przez nerwy wzroku, słuchu i węchu, przez nerwy obwodowe czucia, podrażnienie ze strony systemu mięśniowego tułowia i kończyn w skutek dobrowolnych lub niedobrowolnych skurczów mięśniowych. Tymczasem przy położeniu żaby na grzbiecie nikną podrażnienia przez wzrok i słuch, ponieważ według Heubla dla udania się eksperymentu konieczną jest ciemność i zupełna cisza; jeżeli zaś tego nie ma, to trzeba, żeby ręka znajdowała się przed oczami zwierzęcia i przez to oddalała promienie światła. Daléj usuwamy podrażnienie skórne w znacznéj części, ponieważ powierzchnia grzbietowa dotykająca stołu jest dużo mniejszą, niż powierzchnia tych części ciała, na których żaba zwykle spoczywa; nareszcie usuwamy podrażnienia mięśniowe przez przeszkodzenie ruchom i przez spokój kończyn. Wszystko to stwarza warunki dla powstania snu normalnego, względnie udania się doświadczenia. Na potwierdzenie swego zdania przytacza Heubel fakt, że przy pionowem lub też na boku położeniu, gdzie nie usuwamy tak wiele podrażnień obwodowych, jak przy położeniu na grzbiecie, a przeciwnie wywołujemy zapewne silniejsze podrażnienia, niż zwykle bywa, doświadczenie nie udaje się łatwo i często. Ale i w doświadczeniach Czermaka z ptakami, mówi Heubel, rzecz także zasadzała się na usunięciu podrażnień zewnętrznych, ponieważ doświadczenia udawały się lepiéj w zmroku, przy pozycyi na grzbiecie, przy usunięciu wrażeń słuchowych i wzrokowych w skutek umieszczenia palców w okolicy usznéj. Oto zdanie Heubla, przedstawione dokładnie.

Ostatnią pracą o hypnozie u zwierząt jest praca Danilewskiego[1]). Badacz ten nie zgadza się ani ze zdaniem Preyera, ani Heubla i nazywa opisywane zjawiska u zwierząt — hypnotycznemi, jak i Czermak. Autor robił swe obserwacye na żabach, które hypnotyzował w położeniu na grzbiecie lub też na boku. Danilewski nie uważa za konieczne dla udania się *experimenti mirabilis* usunięcie podrażnień zewnętrznych i przeciwnie on otrzymywał hypnozę u żab przy takiéj pozycyji, gdzie w sumie ilość podrażnień nie tylko nie była zmniejszoną, ale przeciwnie — zwiększoną i żaby spały, wprawdzie nieco krócéj niż zwykle, przy stuku dwóch metronomów, przy skierowaniu światła na ich oczy. Badając odruchy metodą Türka Danilewski przekonał się, że są one silnie wstrzymane; badanie prądem przerywanym wykazało to samo, i jednocześnie z tym wyraźną bezczułość skórną. Daléj autor konstatował katalepsyję i pohamowanie ruchów samowolnych — czyli pewien stopień abulii, jako objawy hypnozy żabiéj. Ten ostatni fakt sprawdził Danilewski bardzo dowcipnie i ciekawie. Mianowicie: jeżeli położymy na nozdrza żaby kawałeczek bibuły, zwilgotniony wodą, i przez to przeszkodzimy zwierzęciu swobodnie oddychać, to żaba po pół minuty lub minucie zdejmuje przeszkodę zręcznym ruchem przedniéj łapki Jeżeli jakimkolwiek sposobem, czy to przez przecięcie nerwów kończyny, czy przez związanie kończyn, przeszkodzimy żabie wykonać ruch odpowiedni, to po krótkim czasie powstaje duszność, objawiająca się pierwotném zwolnieniem, następnem przyśpieszeniem oddychania, konwulsyjnemi skurczeniami mięśni oddechowych, wysadzaniem i wciąganiem gałek ocznych przy oddychaniu, ogólnym niepokojem; żaba skacze i nareszcie otwiera usta kilka razy; zresztą to ostatnie nie jest stałem. Jeżeli w czasie tych objawów oswobodzimy łapkę, to żaba szybko zdejmuje bibułę i prędko

[1]) *Ueber eine Wirkung der Angst bei Thieren. Centr. bl. f. d. med. Wissen.* 1873, pg. 177. *Die Katalepsie und der thierische Hypnotismus* Jena, 1887. [2]) *Ueber eine Abhängigkeit des wachen Gehirnzustandes von äusseren Erregungen. Ein Beitrag zur Physiologie des Schlafes und zur Würdigung des Kircherschen Experim. mirabil. Pflügers Archiv*, 1877. *Bd.* 14. 158—210.

[1]) *Ueber die Hemmungen der Reflex- und Willkürbewegungen. Beiträge zur Lehre vom thierischen Hypnotismus. Pflügers Archiv* 1881, *Bd.* 24, 489—525, *u. Nachtrag* pg. 595.

uspokaja się, chociaż oddychanie pozostaje przyspieszonem przez czas pewien. Duszność pozostaje i w tych razach, jeżeli zniszczymy czucie przy skrzydłach nosowych rozpalonem żelazem lub środkami kaustycznemi i przeszkodzimy zdjąć papierek.

Analizując bliżéj to doświadczenie (*Dyspnoe-versuch*), przekonywamy się, że ruch łapki nie jest zwyczajnym odruchem, jak się to zdaje na pierwszy rzut oka; jeżeli zaś ruch ten nazwiemy odruchem, to jest to już odruch, że tak powiemy, wyższego stopnia, odruch posiadający więcéj złożony, psychomotoryczny charakter, niż zwyczajny. Przyłożenie kawałka bibuły nie może być uważane za dostateczne podrażnienie zewnętrzne: obecność przeszkody wywołuje tylko wrażenie czuciowe, które przez assocyjacyję z innemi, zjawiającemi się później wrażeniami, w skutek zaburzenia w oddychaniu wywołuje ruch odpowiedni. Żaba odpowiada ruchem nie zaraz po przyłożeniu do nosa bibuły: ona to czyni tylko po pewnym przeciągu czasu, potem, gdy w jéj mózgowiu pozostało poczucie przeszkody; ruch kończyny jest skutkiem jakiegoś pierwotnego myślenia u żaby. Dodamy, że przy wycięciu półkul mózgowych ruch łapki zjawia się nieraz bardzo późno; objawy duszności występują nie wyraźnie, czasem niema ich zupełnie. (C. d. n.)

II. Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty?

napisał

Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

N. N. lat 32, dobrze odżywiony i zbudowany, zgłosił się dnia 15 maja 1887. Ostatni raz spółkował d. 7 maja, spostrzegł pierwsze zmiany d. 11 maja, a gdy d. 15 maja pierwszy raz badałem chorego, znalazłem owrzodzenie powierzchowne wielkości przeciętego grochu na wewnętrznéj płaszczyznie napletka po lewéj stronie prącia z wyraźném stwardnieniem u podstawy a przytém w lewéj pachwinie lekko powiększone gruczoły (dwa) za dotykaniem niebolesne. Ponieważ miałem sposobność badania prostytutki, od której choroba nabytą została, i przekonałem się, że ona miała objawy ogólnego zakażenia i nacieki kłykcinowe na sromie, miałem niezbitą pewność, że proponuję wycięcie owrzodzenia kiłowego. Już we dwa dni zgoiła się rana *per primam intentionem*, ale gruczoły w lewéj pachwinie się nieco powiększyły i w prawéj pachwinie, dotąd nie powiększone, wyraźnie wymacać się dały. Od tego dnia t. j. 17 maja zaleciłem natychmiast wcierania 1·5 gramowe w pachwiny, sublimat 0·1 na 20 pigułek wewnętrznie. We dwa dni później, t. j. 19 maja, stwierdziłem, że blizna nie ma żadnego stwardnienia i w dalszym przebiegu nigdy nie było stwardnienia. D. 29 maja przekonałem się, że ani gruczoły karkowe ani barkowe nie są zajęte, pachwinowe po prawéj małe, po lewéj nie większe, ale nie zwiększyły się od d. 17 maja. Aby nie rozwodzić się długo nad przebiegiem, dodaję, że d. 19 czerwca pierwszy raz stwierdziłem chrypkę i badając wziernikiem krtaniowym znalazłem obrzęk i zaczerwienienie fałszywych więzadeł głosowych, i zmian tych nie odnosiłem do zakażenia kiłowego, albowiem i przedtém chory często zapadał na zapalenie gardła i lekką chrypkę. Ogółem zrobił pacyjent z małemi przerwami 35 wcierań a więc użył 52·5 gr. szaréj maści i zażywał przez całe pięć miesięcy sublimat w ilości 0·05—0·015 dziennie. D. 13 listopada przekonałem się, że ani gruczoły karkowe ani barkowe nie były zajęte a w pachwinie lewéj największy gruczoł był wielkości małéj fasoli. Gdy w dalszym przebiegu w grudniu b. r. okazało się powierzchowne obłożenie migdałka i łuku prawego a chory zapadał dość często na rozwolnienia, poleciłem używanie jodku potasu (10—200) z przerwami do czerwca 1888. W tym czasie chociaż nie było w całym przebiegu żadnych objawów widocznéj kiły ani na skórze ani na błonie śluzowéj, poleciłem 10 wcierań ogólnych po 4 gramy na dawkę, gdyż chory wkrótce się miał żenić a przeciwko czemu oponowałem, poczém do d. 27 stycznia 1889 nic więcéj pacyjent nie używał. Badając go po raz ostatni d. 27 stycznia b. r. nie stwierdziłem równie żadnych objawów, ani żadnego obrzęku gruczołów, jedném słowem nic, coby za przebytą kiłą przemawiało.

Jeszcze korzystniejszym był przebieg choroby w następującym przypadku:

X. X. lat 26, zgłosił się do mnie dnia 5 kwietnia 1887, ostatni raz spółkował przed 5 dniami, obecnie na wewnętrznéj powierzchni napletka po lewéj stronie owrzodzenie mało ropiejące, przy ucisku nie krwawiące, u podstawy lekko stwardniałe. Gdy rozpoznanie na pewne nie było możliwe, zbadanie zaś źródła choroby nie przedstawiało trudności, postarałem się o stwierdzenie choroby u kobiety, z którą chory ostatni raz spółkował i przekonałem się, że kobieta miała na wargach sromnych nacieki kłykcinowe i takie same zmiany na obu migdałkach. Nie wątpiąc więc, że owrzodzenie jest pierwotnym objawem kiły, wyciąłem d. 9 kwietnia owrzodzenie, które już miało wyraźne stwardnienie, ale gruczoły pachwinowe po lewéj stronie były w tym czasie mało powiększone, zaledwie wymacalne. D. 12 kwietnia owrzodzenie w wielkiéj części *per primam* zabliźnione, gruczoły zdaje się trochę większe. Zaraz tego dnia poleciłem wcierania szaréj maści w obie pachwiny a 1·5 grama, w ogóle użył pacyjent 50 grm. maści. 9 lipca lekkie zbielenie migdałka prawego, 20 lipca powiększenie i zaczerwienienie migdałków i obu łuków. Odtąd nie było żadnych objawów choroby, a badając po raz ostatni pacyjenta d. 28 grudnia 1888 stwierdziłem, że ani gruczoły karkowe ani barkowe ani pachwinowe po prawéj nie są zajęte a tylko po lewéj lekko powiększone. W obu przypadkach nie ulegało kwestyi, że owrzodzenia były pierwotnemi objawami kiły, jak o tém konfrontacyje przekonały. Że w obu przypadkach przebieg dotąd był bardzo łagodny, nie ulega wątpliwości, a jakkolwiek nie mamy prawa nic o przyszłości pacyjentów przepowiedzieć, bo choroba po długiém utajeniu z początku najłagodniejsza może w przyszłości groźnie wystąpić, zawsze jednak dotychczasowy przebieg choroby należy uważać jako bardzo korzystny.

Nie zawsze jednak bywał przebieg choroby po wycięciu pierwotnego objawu kiły równie korzystny, jak to stwierdza następująca historyja choroby.

D. 9 kwietnia 1887 zgłosił się do mnie chory l. 25, urzędnik, wzrostu wysokiego o klatce piersiowéj długiéj a wąskiéj, źle odżywiony; podaje on, że spółkował po raz ostatni d. 7 kwietnia a przedostatni raz 31 marca. Badając dowiedziałem się że źródło choroby jest to samo, co w opisanym powyżéj przypadku i nie mogłem wątpić, że owrzodzenie wielkości soczewicy w rowku żołędziowym z wyraźném stwardnieniem po prawéj stronie prącia ułożone, jest pierwotnym objawem kiły. Gruczoły w obu pachwinach były małe, wielkości małych grochów. Zaraz przystąpiłem do wycięcia i natychmiast poleciłem wcierania miejscowe a 1·5 grama szaruchy w obie pachwiny w sposób powyżéj opisany. 19 kwietnia stwierdziłem powiększenie gruczołu pachwinowego, ułożonego po prawéj najbliżéj wzgórka łonowego, który był wielkości małego orzecha a prócz tego dwa gruczoły mniejsze na zewnątrz ułożone. W lewéj pachwinie był jeden gruczoł wielkości dużego orzecha laskowego, specyficznie twardy i drugi na zewnątrz ułożony nieco mniejszy. Powiększenie gruczołów pachwinowych było powodem, że prócz miejscowych wcierań zaleciłem wewnętrznie sublimat w dawce dziennéj 0·01—0·015. Do d. 13 maja zużył pacyjent 52·5 gram. maści i 0·4 sublimatu i wówczas stwierdziłem, że gruczoły karkowe i barkowe nie były zajęte, pachwinowe z obu stron znacznie się zmniejszyły, tak, że największy był wielkości małéj fasoli. W dalszym przebiegu robił pacyjent wcierania co drugi dzień, później co 3 dzień a po użyciu 100 gramów maści szaréj i sublimatu 0·8 dopiero d. 16 września znalazłem po obu stronach na karku i górnéj części po jednym gruczole wielkości małego orzecha i jeden strupek na głowie. Chcąc przekonać się, o ile spotęgują się objawy, nie poleciłem żadnego leczenia i dopiero dnia 10 października znalazłszy lekkie obłożenie obu migdałków, naciek kłykcinowy bardzo powierzchowny w kąciku ust, na przegrodzie nosowéj, poleciłem oprócz miejscowego tuszowania roztworem lapisu zmian kłykcinowych, jod 10—200, dwie łyżki dziennie. Już w 4 dni późniéj okazała się bardzo mała widoczna wysypka plamista na ciele, która po 3 ogólnych wcieraniach po 3 gramy znikła. Mimo to chory użył 10 wcierań ogólnych i 10 gramów jodu i odtąd

do 26 stycznia nie było żadnych objawów ogólnego zakażenia, a tylko gruczoły karkowe lekko powiększone, a pierwotnie zajęte wskazują przebytą chorobę.

Ale i ten przypadek należałby do bardzo szczęśliwych, gdyby była pewność, że odtąd nigdy nie okażą się groźniejsze objawy ogólnego zakażenia. Nie będę przytaczał dalszych historyj, ale ograniczę się do stwierdzenia, że we wszystkich dziesięciu przypadkach, w których po wycięciu natychmiast leczyłem wcieraniami, przebieg był bardzo łagodny i tylko objawy w gardle lub skąpa wysypka świadczyła o ogólnem zakażeniu. Na tej podstawie twierdzę, że najlepsze rezultaty daje wycięcie owrzodzenia i natychmiastowe leczenie rtęcią w postaci wcierań szarej maści w pachwiny.

Zachęcony tym korzystnym rezultatem — a w myśl teoretycznych wywodów leczyłem 60 przypadków ściśle obserwowanych za pomocą wcierań w okolicę gruczołów pachwinowych, u których wycięcie nie było możliwe albo wydawało mi się z góry nie użyteczne, podając równocześnie sublimat lub jodek potasu.

Zamiast nużyć czytelnika długiemi historyjami chorób podam pokrótce rezultaty leczenia. Tylko w jednym przypadku jedynym objawem ogólnego zakażenia było bardzo lekkie i kilka dni trwające obłożenie migdałków, a ponieważ ten przypadek zasługuje na szczególną uwagę, podam go poniżej w całości. Zresztą we wszystkich przypadkach były zmiany ogólne w postaci mniej lub więcej silnego obłożenia migdałków i zmian na błonach śluzowych. Tylko w 4 przypadkach wystąpiła wysypka plamista, w 8 bardzo skąpo grudkowa (*papulosa*) po 2—3 grudek na dłoniach; w jednym przypadku prócz grudek rozrzuconych na dłoni prawej zajęcie około paznokcia po urazie i tylko w 4 przypadkach na 60 zmiany na częściach płciowych, a mianowicie 2 razy w postaci powierzchownych nadżerek, które dla tego uważałem jako objaw kiłowy, bo wystąpiły u kiłą dotkniętego, raz u niechlujnego chorego w postaci wyraźnych kłykcin i raz u chorego, który miał wyprysk na mosznach i mocno drapał, w postaci wyraźnych kłykcin na mosznach. We wszystkich przypadkach opóźniły się objawy ogólne, jedyny raz wystąpiły w 79 dni od chwili zarażenia, 8 razy w 97 dni a 24 razy między 108—115, we wszystkich innych wyżej 115, a obrzęk gruczołów pozostawał zawsze bardzo nieznaczny, czasem tak mały, że o zajęciu gruczołów nie można było mówić. Porównywając przypadki, w których podawałem sublimat i jod ze sobą, stanowczo twierdzę, że korzystniejszym był przebieg tych przypadków, w których obok miejscowych wcierań podawałem jod, aniżeli w tych, w których leczono sublimatem, a mianowicie bywały słabsze objawy na błonach śluzowych i później się okazywały. Tu dodać muszę, że czas obserwacyi najkrótszy był dwa lata. Ilość użytej rtęci w postaci wcierań nie przenosiła w żadnym przypadku 100 grm.

Pod koniec podam w krótkości dwie historyje choroby: przypadek o najcięższym przebiegu i drugi o najłagodniejszym.

I. Ostatnie spółkowanie 18 lutego 1886, spostrzegł owrzodzenie 6 lutego 1887 a gdy 7 lutego po raz pierwszy chorego badałem, stwierdziłem owrzodzenie wielkości soczewicy w rowku żołędziowym z bardzo wyraźnem i dość rozległem stwardnieniem, w pachwinie jeden gruczoł mocno powiększony dochodził wielkości orzecha tureckiego, twardy, niebolesny, bliżej spojenia kości łonowych dwa małe gruczoły na zewnątrz i jeden w środku pachwiny. Gruczoły karkowe i barkowe nie zajęte, pachwinowe po prawej zaledwo dają się wymacać. Zaraz rozpocząłem leczenie za pomocą wcierań i sublimatu wewnętrznie i przekonałem się, że gruczoły i stwardnienie raźno ustępowały, d. 18 kwietnia stwierdziłem pierwsze objawy ogólne w postaci bardzo lekkiego zajęcia gardła, tj. powierzchownego obłożenia migdałków. 4 czerwca kłykcinki na dolnej wardze, 11 czerwca nadżerki *ad anum*, 20 czerwca powierzchowne plamy czerwone na języku i odtąd utrzymywały się bez przerwy zmiany na języku w postaci powierzchownych owrzodzeń do dnia 14 marca 1887, w którym dniu rozpocząłem wstrzykiwania głębokie z hydrarg. corros., po których (8 czerw.) zmiany zupełnie ustąpiły i dotąd się nie odnowiły.

II. Do najkorzystniejszych należy następujący przypadek. Po spółkowaniu 4 października 1887 zgłosił się do mnie 4 listopada i opowiadał, że owrzodzenia powstały we 2 tygodnie po spółkowaniu i że do dnia dzisiejszego nic nie robił. Na wewnętrznej powierzchni napletka po lewej stronie bardzo wyraźne stwardnienie, w pachwinie prawej bardzo silnie powiększone gruczoły, na całem ciele rybia łuska (*Ichthyosis*) niskiego stopnia od urodzenia istniejąca. Ponieważ rozpoznanie nie ulegało kwestyi, rozpocząłem natychmiast leczenie od miejscowych wcierań po 1·5 szaruchy i podawania jodu wewnętrznie 7 lutego. Po 60 gramach maści szarej na migdałku lewym biała plamka wielkości soczewicy, na prawym tylko zaczerwienienie, 19 lutego oba migdałki bardzo leciuchno obłożone. Po 100 gramach szaruchy i 200 gramach jodu ani śladu choroby, gruczoły całego ciała małe. Ostatni raz badałem pacyjenta dnia .1go lutego 1889.

Znam słabe strony moich doświadczeń, a tworzy je ta okoliczność, że dotyczą one chorych ambulatoryjnie leczonych i to przeważnie ze sfer inteligentnych, a więc troskliwszych o swe zdrowie. Mimo to opierając się na przypadkach dokładnie obserwowanych i przez stosunkowo dość długi czas mam prawo polecić je do skontrolowania, a gdyby doświadczenia innych, szczególnie na materyjale szpitalnym, je potwierdziły, mianowicie, gdyby sprawdziło się, że nawroty na częściach płciowych zawsze bywają bardzo rzadkie, leczenie to powinno znaleźć zastosowanie u prostytutek, dotkniętych kiłą a rezultatem tego postępowania byłoby rzadsze zarażenie się od prostytutek.

Zanim przytoczę ostateczne wnioski, nie od rzeczy może będzie porównać wyniki przytoczonego sposobu leczenia z leczeniem powszechnie a przynajmniej w większej części u nas używanem, t. j. ze zastosowaniem rtęci dopiero z chwilą wystąpienia objawów ogólnych. Jeżeli rozumiemy przez leczenie okres podawania rtęci, to niewątpliwie króciej trwa leczenie, gdy rtęć podajemy z chwilą zupełnie wytworzonych objawów ogólnych i to leczenie jest efektowniejsze dla pacyjenta, który widzi szybko rezultat, ale jakkolwiek trudno na podstawie kilkudziesięciu przypadków wypowiadać stanowczą opinię co do wartości powyżej przytoczonego sposobu leczenia, zdaje mi się, że przebieg przynajmniej wczesnego okresu bywa łagodniejszy, gdy leczymy od początku miejscowemi wcieraniami a przedewszystkiem nawroty miejscowe na częściach płciowych są rzadsze, co łatwo tłumaczyć właśnie działaniem rtęci na przyrzut, najczęściej w okolicy części płciowych główne źródło mający. Porównywając leczenie miejscowemi wcieraniami i sublimatem wewnętrznie podawanym z leczeniem wcieraniami miejscowemi z jodem zauważyłem, że drugi sposób leczenia dawał mi lepsze rezultaty, co łatwo wytłumaczyć teoretycznie opóźnionem wydzielaniem rtęci z ustroju pod wpływem jodu w myśl doświadczeń wielu lekarzy.

Reasumując twierdzę, że usprawiedliwiony jest wniosek iż

1) najlepsze rezultaty w leczeniu kiły daje leczenie, polegające na wycięciu pierwotnego objawu przy równoczesnem zastosowaniu wcie-

rań miejscowych w okolicę gruczołów pachwinowych; i że

2) leczenie wcieraniami miejscowemi w okolicę gruczołów pachwinowych ułożonych najbliżéj wejściu jadu obok podawania rtęci lub jodu wewnętrznie w okresie przed wystąpieniem ogólnych objawów opóźni wystąpienie ogólnych objawów, czyni je łagodnemi i zmniejsza ilość nawrotów na częściach płciowych.

O ile i jak to leczenie wpłynie na późną kiłę, okaże dalsza przyszłość i długoletnie obserwacyje i od téj téż okoliczności zależeć będzie wartość powyżéj przytoczonego sposobu leczenia, które jeszcze raz gorąco polecam do skontrolowania.

III. O guzach podskórnych spostrzeganych na tle gośćca przewlekłego u dorosłych.

Podał

Dr. Stefan Filipkiewicz,

lekarz ordyn. w Cieplicach Trenczyńskich.

LITERATURA: 1) Froriep. Die rheum. Schwiele· Weimar. 1843. — 2) Jaccoud. Traité de pathol. int. 1871. — 3) Meynet. Rhumat. artic. subaigu avec production de tumeurs multiples dans les tiffus fibreux periart. etc. Lyon méd- 1875. — 4) Besnier. Rhumat. Diction. encyclop. des sciences méd. p. 504 1876. — Féréol. Nodosit. cutan. éphèm. etc. 1879. — Davaine. Ocdéme rhumat. de tissu cellul. sous-cutané. Paris 1879. — 7) Troisier et Brocq. Nodosit. sous-cutan. ephem et le rhumat. Revue de méd. p. 297. 1881. — 8) Hirschsprung. Ueber eine eigenth. Localisation des Rheum. ac. im Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilk. XVI. p. 324. 1881. — 9) Th. Barlow and Fr. Warner. On subcutan. nodules etc. 1881. — 10) Smith. Chorea after slight rheum. Rheum. nodules etc. Med. Times and Gazette. 1882. — 11) Chodorowski. Contrib. à l'étude des nodos. rheum. Thèse de Paris. 1882. 12) Meyer. Zwei Fälle von Rheum. ac. in Kindersalter etc. Berl. klin. Wochensch. Nr. 31. 1882. — 13) Duckworth. Lancet 2. XII. 1882 i 5. V. 1883. — 14) Troisier. Les nodos. rhum. souscutanées. Progrès méd. Nr. 47. 48. 52. l. 1883—84 et L'Union méd. Nr. 32. 1884. — 15) Descroizilles. Nodos. rhum. etc. 1884 — 16) Widal On subcut. nodules etc. Gaz. hebd 1884. — 17) Verhandlung des Congresses für inn. Med. Wiesbaden p. 296. 1885. — 18) Honnorat Lyon. méd· Nr. 16. 1885. — 19) Scheele. Ein Fall von Chorea mit Rheum. nodos Deut. med. Wochenschr. Nr. 41. 1885. — 20) Bertoye. Observ. nouv. des nodos. sous-cut. rheum. Lyon méd. No 6. 1887. — 21) Prior. Rheum· nodos. München. med. Wochenschr. Nr, 28. 1887. — 22) Lindmann. Ueber subcut. Knoten bei Rheum. ac. Nr. 26. 1888.

Objawy ze strony powłok ogólnych wśród gośćca występujące są różnorodne. Siedzibą tych powikłań jest jużto skóra pod postacią wysypki jak wyprysk, rumień, plamica, pokrzywka, jużto tkanka podskórna, a postacią obrzęk mniéj lub więcéj rozległy, o cechach zapalnych lub bez tychże jak *pseudophlegmone, hydrophlegmasia, infiltr. serosa* (Froriep (1) Davaine (6)). Do rzędu ostatnich należą guzki w skórze na czole przez Féréola (5) spostrzegane, które w pewnych odstępach czasu nagle się pojawiały i w przeciągu doby znikały bez śladu. Od wspomnianych guzów Féréola odróżnić należy guzy, pod skórą usadowione, z powłokami ogólnemi w związku nie będące (*nodosit. sous-cutan. rhum.* Troisier), które w przebiegu gośćca w ostatnim lat dziesiątku bliżéj zbadane, treścią niniejszéj rozprawy będą.

Pierwsze spostrzeżenia w tym kierunku zawdzięczamy lekarzom francuskim, następnie duńskim i angielskim, przypadków ogłoszonych przez lekarzy niemieckich jest najmniéj.

Krótką lecz cechującą wzmiankę o podskórnych guzach gośćcowych spotykamy w dziele prof. Jaccouda (2) z r. 1871 téj treści: „W rzadkich przypadkach napotkać można pod skórą płaskie lub jajowate odgraniczone zgrubienia, od wielkości grochu do orzecha laskowego, pochodzące z nacieku i bujania tkanki łącznéj. Guzki te w różnéj ilości znajdują się niekiedy zdala od stawów zajętych, np. w gośćcu stawu łokciowego cała przednia powierzchnia ramienia była zasiana guzkami. Widoczne nie są, dotykiem łatwo wybadać się dają, podobne do guzków w rumieniu guzowatym, są jednak mniejsze i cechują się brakiem zaczerwienienia skóry".

W r. 1875 Meynet (3) ogłosił ciekawe spostrzeżenie w tym przedmiocie. Chłopiec l. 14 zapada po raz trzeci na gościec stawowy ostry z zajęciem serca. W szóstym tygodniu choroby a w dniu przyjęcia chorego do szpitala zauważył Meynet guzki podskórne, wzdłuż ścięgien zginaczy i mm. wyprostnych palców u rąk, wzdłuż stosu pacierzowego, na czole i tyłogłowiu; stawy barkowe, łokciowe i kolanowe były jakby wieńcem guzków otoczone. Twory te pojawiły się w przeciągu kilku dni, w miesiąc późniéj znikły bez śladu, razem z ustąpieniem gośćca.

W r. 1876 Besnier (4) ogłasza przyczynek do kwestyi poruszonéj.

Z r. 1881 mamy szereg spostrzeżeń kilku autorów i tak: Troisier i Brocq (7) opisują przypadek gośćca stawowego ostrego u mężczyzny l. 45, z zajęciem opłucnéj i śródsierdzia, w okresie wyzdrowienia powtórny napad gośćcowy z zajęciem osierdzia i pojawieniem się guzków podskórnych na tyłogłowiu, czole i uszach. Po kilku tygodniach zupełne wyzdrowienie.

Oprócz wymienionego przypadku ogłosił Troisier (14) w r. 1883 i 1884 jedno spostrzeżenie własne, dwa Fourniera i jedno Vulpiana, jakoteż w dyskusyi nad tym przedmiotem w *Société méd. des hôpitaux* (9. XI. 1883) przytoczył dwa spostrzeżenia Tissiera. Wszystkie przypadki odnoszą się do mężczyzn od l. 29 do 50, cierpiących na gościec stawowy przyostry z wystąpieniem guzków w okresie późniejszym i z zejściem tychże zupełném. Powikłań ze strony serca nie było.

W tymże czasie Hirschsprung (8) opisał w towarz. lek. w Kopenhadze sześć przypadków, pięć z własnéj obserwacyi, jeden Dra Rhena. Wszystkie dotyczą dzieci od $3^1/_2$ do lat 12, obojéj płci, u których wśród gośćca stawowego ostrego znaleziono guzki podskórne w rozmaitym okresie choroby, lecz nigdy z początku téjże. Twory te po kilku dniach lub kilku tygodniach znikały bez śladu. U wszystkich chorych towarzyszyło zajęcie błon sercowych przeważnie śródsierdzia. W jednym przypadku zejście śmiertelne.

Barlow i Warner (9) na Zjeździe międzynar. w Londynie r. 1881 podali wynik z 27 spostrzeganych przypadków, dotyczących dzieci od lat $4^1/_2$, najstarszy pacyjent miał lat 18, (10 chłopców, 17 dziewcząt). U 11 chorych zauważyli guzki podskórne wśród gośćca, u 8 po gośćcu, u 6 były bóle stawowe bez obrzmień, u dwóch przebytego gośćca nie stwierdzono. W 26 przypadkach wykazali równoczesne zajęcia osierdzia lub śródsierdzia. U 10 chorych towarzyszyła pląsawica, do częstych powikłań należały cierpienia skórne, u 7 rumień guzkowaty lub obrzeżny, raz pokrzywka, raz plamica. Guzki pojawiały się nagle, często wśród zaostrzenia gośćca lub sprawy w sercu, zachowywały wielkość pierwotną, rzadko wzrastały, przy ucisku były miernie bolesne, skóra nad niemi przesuwalna, trwały one od 3 dni do 5 miesięcy. Ośmiu chorych zmarło wskutek cierpień serca lub zapalenia otrzewny, na trzech wykonano sekcyje.

W następnych latach liczba spostrzeżeń wzrasta i tak w r. 1882 opisał Smith (10) przypadek gośćca stawowego z zejściem śmiertelném, u dziecka l. 11, u którego wśród przebiegu wystąpiła niedomykalność zastawek półksiężycowych, pląsawica i guzki podskórne. Chodorowskiego (11) przypadek odnosi się do młodzieńca l. 19, u którego w okresie wyzdrowienia pojawiły się guzki podskórne i po kilku dniach znikły. Dwa przypadki Meyera (12) dotyczą dziewcząt l. 12. U jednéj wśród zaostrzenia się gośćca stawowego z równoczesném zajęciem serca znalazł guzki podskórne, u drugiéj sprawdził niedomykalność zastawek półksiężycowych i liczne guzki podskórne bez objawów gośćca. Zejście śmiertelne. Grawitz wykonał sekcyję. Duckworth (13) *Clinical Society of London* 24. XI. 1882 i 27. IV. 1883. opisał trzy spostrzeżenia. Pierwsze dotyczy dziewczyny l. 24, i ciekawe z powodu jedenastomiesięcznego trwania guzów. Drugie u dziewczyny l. 9, cierpiącéj od 2 miesięcy na gościec stawowy z niedomykalnością zastawki półksiężycowatéj wśród którego guzy podskórne po trzech tygodniach trwania powiększyły się. Trzecie (z r. 1883) dotyczy kobiety l. 38, u któréj od lat wielu guzy podskórne, bolesne znajdował, a naturę gość-

cową tychże stwierdza na zasadzie przebytego gościca u matki i siostry. W dyskusyi nad odczytem Duckwortha przytoczyli Green i Barlow dwa odnośne spostrzeżenia ostrego gościca staw. z zajęciem serca u dzieci, Travers u mężczyzny lat 45, a Mackenziego przypadek dotyczy kobiety syfilitycznéj l. 40, u któréj stale od wielu lat 8 guzów spostrzegał bez objawów gościca.

W r. 1884 Descroizilles (15) i Widal ogłaszają odnośne spostrzeżenia.

W r. 1885 przedstawił Pfeiffer (17) na zjeździe w Wiesbadenie pacyenta Dra Rehna, chłopca l. 9, cierpiącego od lat trzech kilkoma zawodami na gościec stawowy z niedomykalnością zastawek półksiężycowych, pod skórą liczne guzki. W tym samym roku spostrzegał Honnorat (18) wśród gościca przyostrego u kobiety l. 26, guzki podskórne symetrycznie usadowione w okolicy zajętych stawów, które po czterech tygodniach znikły.

Godném wzmianki jest spostrzeżenie Scheelego (19) tyczące się chłopca, który od 9 r. życia kilkoma nawrotami przebył pląsawicę. W 13 r. życia wśród nowego ataku pląsawicy zauważył Scheele guzki podskórne na ścięgnach zginaczy palców obu rąk symetrycznie ułożone, na wyrostku rylcowatym kości łokciowéj, na wyrostkach tarnistych pierwszego i drugiego kręgu piersiowego, następnie na rzepce i łokciu. Z ustąpieniem pląsawicy znikają guzki bez śladu. Serce bez zboczeń. Gościca chory nie przebywał; autor przypuszcza, że gościec przeoczony w lekkim stopniu mógł poprzedzać.

W r. 1887 Bertoye (20) spostrzegł wspomniane guzki u dziewczyny l. 14, w okresie późniejszym gościca, które powoli ustępowały i wśród recydywy znowu się pojawiły.

Z tego roku mamy dwa spostrzeżenia Priora (21) dotyczące dziewcząt l. 13 i 19, wreszcie z r. 1888 dwa Lindmanna, jeden u chłopca l. 10 z powikłaniem ze strony serca, drugi u mężczyzny l. 32.

Tak więc liczba znanych przypadków w literaturze dochodzi zaledwie do 62, z tych 47 przypada na dzieci, reszta na starszych. W 42 przypadkach stwierdzono u dzieci powikłania ze strony narządu krążenia (*endo-* lub *pericarditis*).

Trzy przypadki, które między r. 1881 a 1888 spostrzegałem, dotyczą mężczyzn, od lat 30 do 40, cierpiących na gościec stawowy lub mięśniowy przewlekły, a głównym objawem było zajęcie mięśni lędźwiowych (*lumbago*).

Obs. I. P. B., kupiec z Wiednia, cierpi od lat trzech na gościec stawowy i mięśniowy, z wiosną r. 1886 wystąpiły nagle bole w okolicy lędźwiowéj, które po kuracyi w Badenie złagodniały, w maju r. 1887 wtórny postrzał. Dnia 3 lipca zgłosił się do mnie podając, że obecnie po dłuższém siedzeniu, leżeniu, przy obrotach bole są bardzo dotkliwe, po wykonaniu ruchu ustępują powoli, lecz nie zupełnie. Ważniejszych chorób nie przebywał. Badanie wykazało: Mężczyzna l. 36, odżywienie dobre, narządy wewn. bez zboczeń, w stawie barkowym i kolanowym prawym złogi gościcowe wybadalne. W okolicy lędźwiowéj znalazłem po stronie prawéj w odległości 3 cm. od ostatnich trzech kręgów lędźwiowych pod skórą prawidłową grupę guzków, w liczbie 15, na powięzi lędźwio-brzusznéj usadowionych, po stronie lewéj dwa guzki na wspomnianéj powięzi, trzy na mięśniu pośladkowym wielkim w okolicy grzebienia kości biodrowéj. Wszystkie guzki były twarde, elastyczne, o powierzchni gładkiéj, zarysach wyraźnych, okrągłe lub jajowate, niektóre nieco spłaszczone, od wielkości grochu do orzecha laskowego, skóra nad niemi przesuwalna, do podstawy są luźnie przyczepione, z łatwością na boki przesuwać się dające, przy ucisku bolesne. Wśród badania chory opowiada, że takie same guzy przed rokiem lekarze zauważyli, które po dwóch miesiącach znikły, obecne spostrzegł lekarz domowy przed sześciu tygodniami, a więc po wystąpieniu postrzału. Po pięciotygodniowém stosowaniu kąpieli, natrysków i mięsienia, bóle lędźwiowe ustąpiły, pięć guzków po stronie lewéj uległo wessaniu, grupa po prawéj zmniejszyła się. Chorego później nie widziałem, zapytany listownie doniósł, że ból w lędźwiach jest nieznaczny, guzki w dwa miesiące po powrocie znikły, a więc trwały miesięcy pięć.

Obs. II. P. W., fabrykant z Górnego Szlązka, l. 34, przebył w r. 1883 ostry gościec stawowy, w r. 1886 wz nówka w formie przyostréj, dnia 28 czerwca r. 1887 przybywa do zakładu, skarżąc się na dolegliwe bóle lędźwiowe, trwające od czterech tygodni. Badanie wykazało otyłość, obrzęk wątroby, rozstrzeń żołądka, niedowład kiszek. W stawie kolanowym prawym wypocina surowicza w miernéj ilości, na zewnętrznym brzegu rzepki podskórny guzek, wielkości grochu, nieco bolesny przy ucisku. Po nad grzebieniem kości biodrowéj prawéj i wzdłuż tejże znalazłem cztery guzki, wielkości orzecha laskowego, po stronie lewéj jeden guzek na wyrostku tarnistym czwartego kręgu lędźwiowego, dwa większe na powięzi lędźwio-brzusznéj. Wszystkie guzki przy ucisku były bardzo bolesne, a kiedy wystąpiły, chory powiedzieć nie umie. Wśród leczenia obrzęk stawu kolanowego znacznie się zmniejszył, guzek w okolicy rzepki uległ wessaniu po dniach 14. W cztery tygodnie ustąpiły guzki w okolicy lędźwiowéj bez śladu, bóle lędźwiowe również.

Obs. III. P. X., obywatel z Galicyi podaje, iż od kilku lat cierpi na ból w krzyżu, które w marcu r. 1881 tak się wzmogły, że wszelki ruch był niemożliwy i zmusiły go do leżenia w łóżku aż do czerwca. Z końcem tego miesiąca przybywa do zakładu. Przedtém cięższych chorób nie przebywał. Badanie wykazało: Mężczyzna l. 40, dobrze zbudowany, narządy wewnętrzne bez zboczeń. W postawie stojącéj pochylenie tułowia ku stronie lewéj (*scoliosis*), wśród leżenia ustępujące, przy ruchach widoczny brak elastyczności w lędźwiach, zginanie, obroty, wstawanie bardzo powoli wykonywane. Bóle większe przy pochyleniu tułowia ku przodowi i na boki, aniżeli przy ucisku na mięśnie w okolicy lędźwiowéj. Pod skórą wzdłuż czterech dolnych kręgów lędźwiowych, górnéj połowy spojenia kości krzyżowéj z biodrową i od tego na zewnątrz, znalazłem szereg guzów w obs. I. opisanych, przy ucisku prawie bezbolesnych, wielkości orzecha włoskiego, na podstawie swéj łatwo przesuwalnych, po lewéj stronie w liczbie 12, po prawéj 8. Lekarz domowy spostrzegł te guzy przed trzema miesiącami a więc wśród opisanego cierpienia. Choremu obok kąpieli zalecono natryki i mięsienie. Z końcem szóstego tygodnia zauważyłem większą swobodę w ruchach, skrzywienie kręgosłupa wyrównało się, przy ruchach tułowia rozleglejszych chory odczuwał mierny ból, guzy uległy bardzo nieznacznemu zmniejszeniu. Po wyjeździe, w drugiéj połowie września pogorszenie, chory, leczony hydropatyją i mięsieniem, doznaje ulgi. Do r. 1883 stan zadowalający, bóle nieznaczne, guzy o $^1/_3$ swéj objętości zmniejszone wybadać się dają. W kwietniu r. 1883 postrzał znacznie krótszy i słabszy po kąpielach i mięsieniu ustępuje. Bóle lędźwiowe nieznaczne trwają dotychczas, guzy wessaniu nie uległy.

Ostatni przypadek, jakkolwiek był pierwszym z spostrzeganych, bo w r. 1881, podałem na końcu, z powodu odrębnego zachowania się guzów. O ile dwa poprzednie spostrzeżenia odpowiadają znanym w literaturze a cechują się tylko wystąpieniem guzków w przebiegu gościca mięśniowego przewlekłego, o tyle w przypadku trzecim, pominąwszy tło gościca mięśniowego, proces przeobrażenia guzów jest odmienny; guzy te bowiem, w objętości zmniejszonéj, trwają od lat ośmiu i dążności do zupełnego ustąpienia nie okazują. Dwa tylko spostrzeżenia, opisane przez Duckwortha i Mackenziego podobne są do tego przypadku, lecz w obu guzy trwały lata, pojawiły się bez objawów gościca, tak że niektórzy autorowie, jak Lindmann, z wspomnianych względów t. j. braku gościca i długotrwałego istnienia guzów, nie zaliczają tych przypadków do grupy nas obchodzącej. W przypadku przezemnie skreślonym związku między guzami a gościcem zaprzeczyć nie można, a kwestyję nie ustąpienia tychże wytłumaczę poniżéj ze stanowiska anatomii patologicznéj.

Na podstawie zebranych spostrzeżeń w literaturze cechy rozpoznawcze guzów gościcowych są następujące: Są to guzki podskórne, dotykiem wybadać się dające, w przypadkach siedziby około stawów, wśród napięcia tychże widoczne, od wielkości główki od szpilki do orzecha włoskiego, okrągłe

lub jajowate, kuliste lub spłaszczone, o brzegach wyraźnych, w większéj części przypadków przy ucisku bolesne, rzadziéj bezbolesne. Konsystencyi zbitéj, elastycznéj, gruczoły kiłowo zwyrodniałe przypominającéj, skóra nad niemi przesuwalna, prawidłowa. Przyczepione już to do ścięgien, którym w ruchach towarzyszą, do więzadeł okołostawowych, już to do błon ścięgnistych powierzchownych, do okostny lub kości. Guzy te są mniéj lub więcéj ruchome na swéj podstawie, na okostnéj lub kości, są więcéj ustalone, zależnie od silnego spojenia tych tkanin. Pojawiają się szybko, niekiedy w kilku godzinach, w liczbie od 1 do 60, pojedynczo lub w grupach, (symetrycznych około stawów), zachowują jakiś czas pierwotne rozmiary, w rzadkich przypadkach wzrastają, (Duckworth, Prior), następnie w przeciągu kilku dni do kilku miesięcy ulegają zupełnemu wessaniu, wyjątkowo znachodzą się po wielu latach w zmniejszonéj tylko objętości. Niekiedy w okolicy pewnych stawów znikają w kilku dniach bez śladu, ażeby w innem miejscu się pojawić, lub uległszy wessaniu pojawiają się wśród wznówki gośca, a ustępują w tym porządku, w jakim kolejno się znachodziły. Zauważono je najczęściéj w okresie późniejszym gośca stawowego ostrego jużto wśród powrotu choroby zasadniczéj lub powikłań ze strony serca, jużto bez ogólnych zaburzeń. W sześciu przypadkach objawów gośca nie stwierdzono, w czterech z wspomnianych towarzyszyły chorobom serca, raz pląsawicy.

Bang na zasadzie badań drobnowidowych przedstawia tkaninę tych guzków w różnych obrazach, raz jako szeregiem ułożone komórki wrzecionowate, otoczone grubemi włóknami, lub wśród pasma delikatnych włókien wielkie komórki wspomniane, obok tego obfite naczynia krwionośne i miejsca o wyraźnym rozpadzie drobinowym. Wraz z Hirschsprungiem uważa te twory za łączno-tkankowe, natury prawdopodobnie zapalnéj, przewlekłéj, z dążnością do nekrobiozy, a źródło ich powstania odnosi do tkanki ścięgnistéj' budową pokrewnéj. Barlow i Warner opisują je jako twory na pół przeźroczyste, do gotowanego sago podobne, a wraz z Parkerem, (który jeden guz wyciął za życia) dochodzą w badaniach drobnowidowych do wyników przez Banga podanych i porównywają guzki co do budowy z wybujałościami na zastawkach sercowych (*végétations des valvules du coeur*). Stąd przypuszczenie Lindmanna, czy guzki te nie są natury zatorowéj. Do stwierdzenia tego sądu konieczne jest wykazanie mikrobów stale w wypocinie zapalnéj wśródsierdzia znajdowanych. Według Grawitza są to twory włókniakowe, obficie unaczynione, z ogniskami tkanki chrząstkowéj, w jednym guzku znalazł złogi wapniowe.

Z powyższych badań wynika, że guzy podskórne gośccowe składają się z tkanki, do ziarninowéj porównać się dającéj, która przedstawia drobnowidowo całą skalę form przejściowych do tkanki łącznéj zorganizowanéj, lecz nie dochodząc do tego wydoskonalenia, ulega rozpadowi drobinowemu i wessaniu. Na podstawie tych własności tłumaczyć można nie tylko przemijające trwanie guzów i wessanie w różnym czasie, zależnie od mniéj lub więcéj szybkiéj nekrobiozy, lecz także ich nieustępowanie zupełne. Oto tkanina pierwotna przeobraża się w tkankę łączną, ulega częściowemu zwapnieniu, i jako twór zorganizowany pozostaje w ustroju bez oddziaływania na otaczające tkanki. W ten sposób wyjaśnić można ośmioletnie trwanie guzów w mojem ostatniem spostrzeżeniu. Jakiż związek istnieje między gośccem a pojawieniem się guzów podskórnych? Wychodząc z zasady, że w gośccu, jako chorobie ustrojowéj, wśród wszystkich tkanin powikłania wystąpić mogą. tworzą się czasem ogniskowe złogi zapalne o postaci guzowatéj na tkankach, budową guzom pokrewnych, a jak w zapaleniu gośccowém stawów mamy różne odcienia przebiegu, n. p. szybkie powstawanie obrzęków, wessanie w krótkim czasie bez śladu, lub osadzenie złogów zorganizowanych, tak téż i guzy temu samemu prawidłu podlegają. Czy między chorobami serca a guzami wspomnianemi jest jaki związek, czy téż powikłania te schodzą się przypadkowo, rozstrzygać byłoby zawcześnie. Rozróżnienie guzów podskórnych gośccowych od nerwiaków, guzów rumieniowych, denniaków *(tophus arthr.)*, torbiaków (*hygroma*), narośli kostnych, nie przedstawia trudności, jedynie może zachodzić wątpliwość co do kilaków (gumma), czego dowodem następujące spostrzeżenie Fourniera *(Troisier, Progrès méd.* Nr. 21. 1884).

Mężczyzna l. 32, przed dwoma laty kiłą dotknięty, zgłosił się wśród wtórnego ataku gośccowego do szpitala. Obok gośćca zauważono na czole, pod skórą przesuwalną, guz, wielkości orzecha laskowego, na okostnéj usadowiony, o cechach początkowych kilaka. Chory ułatwił rozpoznanie podając, że guz taki wśród pierwotnego wystąpienia gośćca się pojawił i w krótkim czasie zniknął. Fouruier zalecił natr. salicyl., guz po tygodniu uległ wessaniu.

Śledząc dalszy przebieg obu wspomnianych guzów, odróżnić je łatwo, kilak bowiem podskórny przybiera cechy guzów zapalnych, ze skórą się zlewa, mięknie, ulega rozpadowi, kilak na okostnéj otacza się wałem charakterystycznym.

Wartość rozpoznawcza guzów podskórnych gośccowych jest następująca:

1) Stanowiąc niekiedy jedyny objaw gośćca mogą wyjaśnić naturę cierpień jak: chorób skórnych, nerwowych, narządu krążenia.

2) Umożliwiają rozróżnienie gośćca od innych cierpień ustrojowych, jak kiły.

3) W gośccu u dzieci napotkane powinny zwrócić uwagę lekarza na potrzebę częstego badania serca.

4) Leczenia oddzielnego nie wymagają, w razie dłuższego trwania użycie środków wessanie przyspieszających jest wskazane.

IV. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem.

Podał

Dr. Szymkiewicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Jeżeli metoda Herbsta może rościć sobie prawo do wyższości nad dotychczas powszechnie używaną amerykańską, to głównie przez tę ważną okoliczność, iż o połowę skraca czas plombowania złotem. Wymaga ona wprawdzie częstego zmieniania instrumentów, to jednak pozostanie jéj zaletą, iż za pomocą rotacyi pojedyncze warstwy złota nader szybko skupiać się dają.

Na niektóre jednak bardzo ważne okoliczności zwrócić należy uwagę.

Jeżeli wypełnienie ubytku jakimkolwiek materyjałem ma działać ochronnie przed dalszym rozwojem lub nawrotem choroby lokalnéj zęba, natenczas wszystkie części tegoż chorobowo zmienione muszą być dokładnie wyskrobane, a pozostałe ściany silnym środkiem desinfekcyjnym wymyte i wysuszone. W równym stopniu należy baczyć na to, aby materyjał do plombowania służący, oraz narzędzia, któremi się tenże do zęba wprowadza, były wolne od wszelkich przyrzutów, albowiem postępowanie przeciwgnilne, które w chirurgii tak ważne zajęło stanowisko, odgrywa także w dentystyce nader doniosłą rolę i powinno być z równą jak

w chirurgii ścisłością przestrzegane. Herbst nie zachowuje jednak podczas plombowania koniecznych pod tym względem ostrożności. Nie tylko bowiem nie oczyszcza instrumentów, któremi wyskrobuje części zniszczone zębowiny i których w stanie wiele do życzenia pozostawiającym u rozmaitych osób używa, ale nadto nie stosuje żadnych środków odrażających dla desinfekcyi jamy zęba. Ponieważ jednak mimo najdokładniejszego pozornie wyskrobania zdarzyć się może przy tak niekorzystnych warunkach, jakie w jamie ust zachodzą, iż tu i owdzie pozostaną jeszcze części zepsute, których oko nie dostrzeże, przeto ostrożność wymaga, aby jak wyżéj powiedziano, po dokonanéj ekskawacyi jamę zęba silnym środkiem desinfekcyjnym wymyć, a następnie gorącém powietrzem wysuszyć. Doświadczenia bowiem wykazały, iż tym sposobem można zniszczyć żywotność zarodków, sprowadzających próchnicę zęba. Nie zachowując zaś téj ostrożności można się przekonać, iż nawet pod nakrywą plomby w krótszym lub dłuższym czasie zniszczenie próchnicowe pojawia się w głębszych warstwach zębowiny.

Przy samém plombowaniu nie zachowuje Herbst również żadnych przepisów antyseptyki. Pominąwszy tę okoliczność, iż on nakłada złoto starym ekskawatorem, któremu wprawdzie świeżo koniuszek odłamuje, ale który mimo to nie może być uważany za narzędzie sterylizowane, głównie zadziwia zupełne zaniedbanie czystości przy dalszych aktach plombowania. Otóż główkę narzędzia, którego następnie przy obrotach używa, przesuwa kilkakrotnie dla nadania jéj szorstkości po zwykłym papierze piaskowym (*Sandpapier*) i wprost zakłada do jamy zęba celem skupiania złota. Oczywiście wśród takiéj manipulacyi rozmaite nieczystości z papieru dostają się na szorstką powierzchnię instrumentu a ztąd na złoto. Niepodobieństwem jest, ażeby wśród tych warunków złoto zachowało swoją przyczepność i plomba utworzyła jednostajną masę, albowiem doświadczenie uczy, iż blaszki szczerego złota, w jakikolwiek sposób na powierzchni zanieczyszczone lub zwilżone tracą swoją przyczepność, nawet chociażby się je nad płomykiem lampki spirytusowéj starano oczyścić i osuszyć. Wprawdzie kontrolując każdą warstwę odłamanym ekskawatorem, którego koniec jest chropowaty, zmusza Herbst następujące warstwy do łączenia się na takiéj szorstkiéj powierzchni z poprzedzającemi, bądź co bądź jednak skupienie pojedynczych pokładów złota na tém bardzo cierpi i nie dorównywa pracom wykonanym według amerykańskiéj metody. Bo jeżeli tutaj nawet po wielu latach powierzchnia złota pozostaje jednostajnie równą i gładką, to przy używaniu metody Herbsta, chociaż z początku powierzchnia skutkiem dokładnego wygładzenia również zdaje się być jednostajnie skupioną, to z czasem pod wpływem ciągłego działania wilgoci musi związek pomiędzy pojedynczemi warstwami się rozluźniać. Zarzut ten, iż plomby złote, przez samego Herbsta przed kilku laty wykonane, są w niektórych miejscach swéj powierzchni miękkie, uczyniono już z bardzo poważnego źródła, nie można jednak z tego powodu obwiniać saméj metody rotacyjnéj, która pod względem mechanicznego działania przy skupianiu złota nie pozostawia nic do życzenia, tylko w pierwszym rzędzie zanieczyszczone instrumenta. Ale zachodzą jeszcze inne okoliczności, przedstawiające w ujemném świetle metodę Herbsta. Tyczy się to głównie plomb, które wypełniają ubytki na bocznych ścianach małych i wielkich zębów trzonowych.

Wiadomo, iż przy plombowaniu tychże metodą obrotową wsuwa się między dwa sąsiadujące zęby łożysko, które sięga od dziąseł tylko do pewnéj wysokości korony, nie dochodząc atoli powierzchni żującéj, przez co tylko część ubytku bliższa dziąseł jest osłonięta i za pomocą przylegających blaszek łożyska w jamę środkową przeobrażona, ale nie część położona bliżéj powierzchni żucia. Przestrzeń ta zajmująca obie jamy a przechodząca ponad łożyskiem stanowi według metody Herbsta jedną jamę centralną. Nie uwzględnia się jednak tego, iż między brzegami obu jam ponad łożyskiem znajduje się wolna szpara, przez którą podczas rotacyi przeciska się złoto, t. j. w tém miejscu będą pojedyncze blaszki najluźniéj ze sobą spojone. Wprawdzie przy obrotach płaskiego stożka malachitu, który wchodzi na granicę obu zębów i ku wydrążeniu jednego i drugiego złoto uciska, niedokładność ta częściowo naprawioną zostaje, to jednak ponad brzegiem łożyska pozostały mostek, którego stożek malachitu dosięgnąć nie jest w stanie, a który się dopiero późniéj pileczką przecina, jest najmniéj skupiony i stanowi niewątpliwie najsłabsze miejsce całéj plomby. I do téj zatém okoliczności odnosi się zarzut uczyniony plombom Herbsta, iż w niektórych miejscach swéj powierzchni są miękkie i niedostatecznie wykończone.

Ze względu nareszcie na łożyska Herbsta należałoby także pewną zrobić uwagę.

Jak wyżéj wspomniano, składają się one z dwóch podłużnych cieńkich blaszek stalowych, nachylonych do siebie pod kątem ostrym i na jednym końcu spojonych za pomocą klina, w którym przebiega podłużny kanalik, ku drugiemu końcowi zaś rozchylających się na kształt skrzydeł. Ponieważ budowa anatomiczna małych i wielkich zębów trzonowych jest tego rodzaju, iż korony w miarę zbliżania się do szyjki stożkowato się zwężają, czyli odstęp między temi zębami ma postać trójkąta, którego podstawa odpowiada brzegowi dziąseł, a wierzchołek zwrócony jest ku ich powierzchni żującéj, przeto nachylenie klinowate obu blaszek łożyska jest na to przeznaczone, aby podstawą opierało się na dziąsłach, zaś ostrzem zwracało ku powierzchni żucia obu sąsiednich koron. Jeżeli odstęp między niemi jest nieznaczny, natenczas sprężystość obu blaszek wystarcza do zamknięcia bocznych ubytków i do przeobrażenia tychże w jamy centralne: jeżeli zaś przestrzeń ta jest znaczniejszą, natenczas zmusza się blaszki do silniejszego rozchylenia za pomocą główki szpilki, którą się kanalikiem klina wsuwa. Pomysł ten w istocie godny jest wszelkiego uznania, gdyby nie ta okoliczność, iż blaszki takiego łożyska są zbyt cienkie i zbyt sprężyste, aby zdolne były bez zmiany swego położenia wytrzymać ucisk podczas rotacyi wykonany. Główka szpilki powstrzymuje je tylko w jednym punkcie, okoliczne zaś części przy rotacyi uginać się muszą, przez co złoto na powierzchni nie może być tak skupione, jakby tego poprawność i dokładność plomby wymagała.

Walkhoff twierdzi w *„Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde“* z marca r. 1888, że plomby według staréj metody młotkiem wykonane przewyższają plomby Herbsta w skupieniu pojedyńczych części między sobą, ostatnia jednak metoda wyżéj stoi od poprzedniéj w tém, iż tutaj złoto ściśléj przylega do ścian i sam akt plombowania jest dla pacyjenta delikatniejszym, niż przy metodzie dawnéj. Twierdzenie to niepoparte żadnemi dowodami nie ma najmniejszego znaczenia, albowiem dopiero wtenczas można będzie co do bezwzględnéj wartości obu metod stanowcze wypowiedzieć zdanie, skoro się jedną i drugą plombę w rozmaitych przekrojach nie tylko dokładnie mikroskopowo zbada, ale także każdą z nich pozostawi na dłuższy czas w warunkach chemicznych i termicznych, odpowiadających warunkom, którym zęby w jamie ust podlegają, aby w ten sposób ocenić wszechstronnie odporność tychże plomb na szkodliwe czynniki jamy ust.

Jeżeliby zaś zdanie Walkhoffa było istotnie prawdziwém, natenczas możnaby stanowczo twierdzić, iż plomby Herbsta znacznie wyżéj stoją od amerykańskich przez tę nader ważną zaletę, iż ściśléj przylegając do ścian zęba nie dopuszczają, aby pierwiastki szkodliwe między plombę a ściany ubytku wcisnąć się mogły, przez co absolutnie ochraniają ząb w miejscu zaplombowaném od dalszego zepsucia.

Tymczasem Miller w Berlinie doszedł przed kilku laty do wręcz przeciwnego twierdzenia. Wkładał on zęby plombowane metodą Herbsta do roczczynu karminu, i przekonał się, iż barwik ten po pewnym czasie wciskał się między plombę a ścianę zęba, czego nie zauważył przy plombach wykonywanych metodą amerykańską.

Jest bardzo prawdopodobném, iż niedokładność tę w przyleganiu plomby Herbsta odnieść w największéj części należy do wyżéj wymienionych usterek, a mianowicie do zanieczyszczenia materyjału i narzędzi oraz do braku stałéj podpory dla złota ponad łożyskiem i w częściach jego ku brzegom ubytku zbliżonych. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

„O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności“ przez Dra Teodora Heringa

ocenił
prof. Dr. Pieniążek.

Ujemne wyniki leczenia suchot w ogóle, a suchot krtani w szczególności, ciągle zawody napotykane ze strony środków w tym kierunku zalecanych muszą usposabiać sceptycznie wobec każdego nowego środka lub metody, jaką nam postęp nauki lekarskiéj przeciw temu cierpieniu przynosi. To też nic dziwnego, że i praca niniejsza podobnie jak jéj poprzedniczki na wstępie spotkać się musiała z niedowierzaniem. Sam autor był na to przygotowany i podnosi to na samym wstępie. Co do mnie wyznać muszę, że jakkolwiek własne doświadczenie doprowadziło mnie już dawniéj do przekonania, że przyjęta powszechnie absolutna nieuleczność suchot krtaniowych (gruźlicy krtani) wcale nie zasługuje na godność dogmatu w nauce medycyny, jakkolwiek znanem zaszczytnie było już w literaturze imię Heringa i on sam znany mi był jako ścisły i sumienny badacz, to jednak pracę jego przyjąłem z pewnem niedowierzaniem. To też nie mogłem się odważyć na napisanie oceny dzieła, dopókibym przez własne doświadczenie własnego przekonania w téj sprawie nie nabrał. Ztąd się tłumaczy, że dziś dopiero, t. j. w dwa lata po wyjściu dzieła, występuję z jego oceną, która jakkolwiek spóźniona, sądzę, że będzie jeszcze na czasie w obec ważności pracy Heringa i w obec skeptycyzmu, z jakim ona dotąd jeszcze, lubo w coraz mniejszym stopniu, ma do walczenia. Przystępuję zatem do przedstawienia treści niniejszéj pracy z dodatkiem moich pod tym względem uwag.

Na wstępie wspomina autor o przypadkach, w których obserwował wygojenie wrzodów gruźliczych, samoistne, t. j. bez użycia jakichkolwiek środków miejscowo na nie działających, a jedynie po wprowadzeniu chorego ustroju w odpowiednie warunki. Rzecz dziwna, fakta tego rodzaju znane były pewnie prawie wszystkim doświadczonym laryngologom, a jednak przechodziły długo bezużytecznie dla nauki i cierpiącéj ludzkości, gdyż jedni woleli raczéj w siebie wmawiać pomyłkę diagnostyczną, niż w wyleczalność gruźlicy uwierzyć, inni zaś przypuszczali jakieś niezwykle korzystne warunki ze strony ustroju i chorego narządu, których bliżéj poznać i o ile można sztucznie wytwarzać nie starali się. Co więcéj postawiono jako dogmat zasadę, że wrzody gruźlicze stanowią jakieś *„noli me tangere“* dla wszelkich lokalnych energiczniejszych zabiegów, zasadę, od któréj w ostatnich dopiero latach zaczęli niektórzy laryngologowie odstępować, robiąc próby z środkami antiseptycznemi, a potem żrącemi. To też za prawdziwą zasługę poczytać musimy autorowi, że zachęcony faktami samoistnego wyleczenia podjął za przykładem Pelana szereg doświadczeń z wypalaniem wrzodów gruźliczych krtani i połyku kwasem chromowym, przyczém doszedł do dodatnich w pewnych przynajmniéj razach wyników. Następnie za przykładem Krauze'go zaczął używać do wypalania wrzodów kwasu mlekowego a zachęcony wynikami pracował daléj nad wydoskonaleniem miejscowego, a nawet ściśle chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, a rezultaty téj pracy w niniejszem dziele zestawia.

Na początku swéj pracy przechodzi autor po krótce rozwój pojęć co do sprawy gruźliczéj krtani od Laënneca aż do ostatnich czasów. Znajdujemy tu uwydatnioną ciągłą zmianę pojęć o téj sprawie chorobowéj i zapatrywania na nią Laënneca, Louisa, Trousseau'a, Virchowa, Rindfleischa, Heinze'go. Autor potwierdza na podstawie własnych badań zapatrywania Rindfleischa co do powstawania owrzodzeń ze sprawy nieżytowéj w gruczołach śluzowych, a mianowicie w ich przewodach, odnośnie do tchawicy. Co do krtani jednak przypuszcza wraz z Heinzem powstawanie owrzodzeń w suchotach krtani jedynie z gruczołków, które w dnie albo na brzegach wrzodów znajduje.

Po tem zaznaczeniu swego stanowiska odnośnie do stosunku owrzodzeń do gruźlicy w krtani, kreśli autor główne typy wrzodów gruźliczych jakoto: soczewicowate, kraterowe i szczelinowe, których natury gruźliczéj dowodzi stanowczo obecność gruzełków, równie jak prątków Kocha w ich dnie i brzegach. Do wrzodów gruźliczych zalicza on również t. z. wrzody aftowe, opierając się na obecności prątków Kocha w ich dnie i brzegach. Znajdował on te prątki stałe nietylko w dnie wrzodów gruźliczych, ale nawet we wszystkich gruźliczych naciekach bądź głębokich, bądź powierzchownych, nawet przy zupełnie jeszcze nie naruszonéj powłoce przybłonkowéj. Następnie, pragnąc bliżéj określić warunki powstawania wrzodów gruźliczych przedstawia autor budowę błony śluzowéj krtani, z którego to opisu podnieść winniśmy znalezione przez niego na brzegach strun głosowych w okolicy wyrostka głosowego gruczoły śluzowe. W dalszym ciągu wyraża autor zdanie, że suchoty krtani są prawie zawsze cierpieniem miejscowem, nie zaś objawem gruźlicy ogólnéj, przypuszcza daléj możność pierwotnéj infekcyi w krtani, któréj toruje drogę odpadanie przybłonka w stanach nieżytowych. Przytem podnosi możność infekcyi drogą gruczołów śluzowych krtani, znalazł bowiem prątki gruzlicze w przybłonku walcczkowym ich przewodów. Wobec częstości owrzodzeń gruźliczych w okolicy wyrostków głosowych i wobec ucisku, na jaki te części przy czynnościach krtani są wystawione, uważa za prawdopodobne w wielu razach zakażenie przez dostanie się prątków do gruczołów w tém miejscu przez niego znalezionych. Tak więc wywodzi on gruźlicę krtani z miejscowego zakażenia, najczęściéj występującego jako autoinfekcya przez prątki zawarte w wydzielinie z dolnych dróg oddechowych w suchotach płucnych, rzadziéj zaś nabytego od zewnątrz, przez stosunki z chorymi dotkniętymi suchotami i t. p. przy odpowiednich warunkach miejscowych ze strony krtani. Tu samo przez się nasuwa się pytanie, czy niema zmian do gruźliczych podobnych, któreby jednak nie na tle gruźlicy się rozwijały, ale może dopiero późniéj dogodne miejsce do infekcyi stanowiły; przedewszystkiem dotyczy to pytanie chorych, dotkniętych suchotami płucnemi. Tu Hering przypuszcza powstawanie u suchotników nieżytów krtani nie zależnych od prątków Kocha, podnosi jednak trudność rozróżnienia ich za życia od nieżytu, towarzyszącego pierwszym zmianom gruźliczym. Wszelkie zaś owrzodzenia w krtani w przebiegu suchot płucnych powstałe uważa już za gruźlicze. Dalsze pytanie, nasuwające się tu, dotyczy t. z. wrzodów nieżytowych u osób nie dotkniętych wcale gruźlicą. Autor przytacza zdanie Virchowa, który uważa pojęcie wrzodów nieżytowych za niezgodne z naturą nieżytu i istotą rzeczy, a przypuszcza jedynie *„errosive Geschwüre“*, które przez sekrecyę nieżytową sprowadzone być mogą, występują jednak tylko na miejscach pokrytych przybłonkiem płaskim, jak brzegi strun głosowych i przestrzeń między-nalewkowa. Z tem zgadza się i Hering co się tyczy lokalizacyi wrzodów, zatrzymuje jednak nazwę wrzodów nieżytowych, dla których podaje cechy rozpoznawcze, odróżniające je od podobnych gruźliczych. Pomimo to podnosi, że rozpoznawać wcale nie zawsze na pewne można, w czém się z nim najzupełniéj zgodzić musimy.

Co się tyczy zapatrywań autora w tym ustępie wyrażonych podnieść muszę jedno, na które nie mógłbym się w zupełności zgodzić. Autor uważa gruźlicę krtani za sprawę lokalną przez lokalną infekcyę plwociną powstałą; nie przecząc wcale téj możliwości, sądzę, że nie mamy jednakże prawa zupełnie wykluczać drugiéj, t. j. rozszerzania się następowego gruźlicy z płuc na krtań, podobnie jak i na inne narządy, o ile w nich warunki dogodne do jéj rozwoju się znajdują. Wykazano obecność prątków we krwi w ostréj prosówkowéj gruźlicy; bardzo proste jest przypuszczenie, że takowe przez komórki limfatyczne do różnych narządów zawleczone być mogą; czyż mamy zatem prawo zaprzeczania tego sposobu szerzenia się gruźlicy na mniejszą skalę w przypadkach chronicznych? Hering na mocy swego doświadczenia prawie zawsze lokalną infekcyę za przyczynę gruźlicy uważa, gdy ja na mojem się opierając w wielu razach skłonniejszy byłbym powstanie gruźlicy krtani przeniesieniu prątków z płuc na drodze krążenia przypisywać. W każdym razie spór to podrzędnéj wagi, bo raz powstałe zmiany gruźlicze z jakiéj bądź przyczyny będą rozszerzać się i niszczyć coraz bardziéj zajętą tkaninę. W drugim rozdziale dostarcza autor anatomi-

cznych dowodów uleczności wrzodów gruźliczych, a przedewszystkiem dowodzi możliwości wyleczenia samoistnego, podając wynik sekcyi, przy której obok *„phthisis fibrosa“* w płucach znaleziono grubą bliznę w przestrzeni między-nalewkowéj. Oprócz zmian w płucach przemawiają za gruźliczą naturą wrzodu, który zabliźnionym został, znalezione w przestrzeni między-nalewkowéj twory soplowate, pokryte zgrubiałym przybłonkiem zmiany w gruczołach śluzowych, które obok przerostu tkanki łącznéj międzyzrazikowéj okazywały naciek drobnokomórkowy, tak między — jak i śródrazikowy, a w końcu guzek otorbiony, który w zupełności odpowiadał gruzełkowi w stanie wstecznego przeobrażenia. Następnie opisuje autor przypadek, w którym dość rozległe wrzody na strunach głosowych i w przestrzeni międzynalewkowéj udało mu się przez wypalanie kwasem mlekowym, a częścią przez łyżeczkowanie, doprowadzić do zabliźnienia, gdzie chory jednak skutkiem sprawy płucnéj w 3 miesiącu po wygojeniu wrzodów krtani umarł. Badanie pośmiertne okazało zupełne zabliźnienie wrzodów, pod blizną jednak, równie jak i w dnie kilku świeżych nadżarć gruzełki, które usuwają wszelką co do natury sprawy wątpliwość. Podnieść tu musimy, że pod całą blizną po łyżeczkowaniu pozostałą (w przestrzeni międzynalewkowéj), znalazł się jeden tylko głęboko siedzący i to starszy gruzełek, który Hering uważa za dawny łyżeczką nie dosięgnięty, a więc dowodzący tem mocniéj gruźliczéj natury łyżeczkowanego wrzodu. Inne gruzełki były świeże. W następnych trzech przypadkach podaje autor korzystne wyniki leczenia wrzodów gruźliczych połyku wobec podobnych wrzodów krtani i suchot płucnych. W przypadkach tych osiągnął on zabliźnienie wrzodów pomimo, że sprawa w płucach postępowała i w krótkiem czasie chorzy jéj ulegli. (C. d. n.)

Fizyjologija.

Rappoport i Zdan-Puszkin: **O wpływie czuwania i snu na wydzielanie i zdolność trawiącą soku żołądkowego**.

Dwie prace tak zatytułowane zostały uwieńczone przez Wojenno-Medyczną Akademiję w Petersburgu złotym medalem. Każdy z autorów napisał swoją pracę oddzielnie, przeprowadziwszy ją ściśle naukowo i opierając swoje wyniki tylko na podstawach doświadczalnych. Doświadczenia czyniono na ludziach dorosłych, posiadających zdrowy przewód pokarmowy. Sok żołądkowy otrzymywano w ten sposób, że podawano badanemu białko jaja kurzego, a w godzinę potém pompowano treść za pomocą miękkiego zgłębnika. Obaj autorowie przerobili 3 szeregi doświadczeń, a mianowicie badali sok żołądkowy najpierw w dzień, następnie w nocy, przyczem badany czuwał przez cały czas doświadczenia i wreszcie w nocy, gdy badany spał przed i po podaniu białka. Wyniki, do których przyszli autorowie, zgadzają się ze sobą prawie w zupełności a mianowicie: 1) pod wpływem snu zmniejsza się znacznie ilość wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym; 2) kwasota soku żołądkowego, wydzielanie go i zdolność trawiąca zmniejszają się pod wpływem snu; 3) zmniejszenie zdolności trawiącéj zależy nie od braku pepsyny, lecz od braku wolnego kwasu solnego; 4) pod wpływem snu nie zmienia się prawdopodobnie wydzielanie fermentu podpuszczkowego; 5) czuwanie w nocy nie wywiera żadnego wpływu na własności i ilość soku żołądkowego. — Rezultaty Zdan-Puszkina są następujące: 1) sen w nocy zmniejsza kwasotę soku żołądkowego, osłabia oddziaływanie na wolny kwas chlorowodowy, zmniejsza zdolność trawiącą soku i ilość peptonów w nim zawartych; 2) czuwanie w nocy nie zmienia wydzielania i zdolności trawiącéj soku żołodkowego. (*Wracz*, 5, 6, 7 i 8 1889 r.) *A. W.*

Farmakologija.

Nitschmann (Erfurt): **O używaniu i działaniu sozojodolu**.

Autor potwierdza nietrujące działanie przetworów sozojodolu, które nadają się szczególnie do zastosowania w leczeniu ran, nawet tam, gdzie brakuje większych części skóry. Środek ten stosowano naprzód w ranach ropiejących i posokowatych i skutki osiągnięte skłaniają autora do zalecenia go i w ranach ciętych, zadanych nieczystemi nożami, w których nie przyszło do rychłozrostu, w stłuczeniach, oparzelinach, wywołanych rozżarzonym płynnym metalem, w oparzeniach powierzchownych skóry, powstałych w skutek wybuchu, w owrzodzeniach przewlekłych podudzia, jakotéż w innych przypadkach. Tam, gdzie dawniéj używano jodoformu, a gdy przyszło do nadmiernego bujania ziarniny azotanu srebrowego, sprawiał sozojodol ten sam skutek. W dwóch przypadkach rozległych powierzchownych oparzeń, powstałych przez wybuchnięcie, leczył autor równocześnie jeden za pomocą jodoformu, drugi za pomocą sozojodolu, a ostatni przypadek wyleczony był w połowie tego czasu, co pierwszy. Masa, któréj N. w takich przypadkach używał, miała następujący skład: Lanolini 40.0, Sozojodol natr 4.0, M. f. ungt. Sozojodol sodowy okazał się jeszcze skutecznym w 5% roztworze wodnym w nieżytach przewlekłych połyku i jamy ust, w zapaleniach spojówki ropnych i w rzeżączkowém zapaleniu spojówek noworodków. Daléj używał autor z dobrym skutkiem sozojodolu sodowego w 10% maści w zapaleniach pochwy, a w proszku w nieżytach i owrzodzeniach szyjki. Rozczyn 7-procentowy sozojodolu cynkowego wstrzykiwany do macicy za pomocą strzykawki Brauna oddawał bardzo dobre usługi w zapaleniach błony śluzowéj macicy, daléj w pochwicy *(vaginismus)* i w świerzbieniu (*Therap. Monatsh.* 1889 Nr. 1). Dr. *R. Spira.*

(P...i) **Maść przylepna z lanoliny**. Dr. Stern z Monachium zaleca w tym celu lanolinę bezwodną, którą łatwo otrzymać można z lanoliny zwyczajnéj zawierającéj 23% wody przez umiarkowane jéj ogrzewanie. Lanolinę bezwodną miesza się z oliwą i w następującym stosunku:

Lanolini anhydr.	40 gram.
Ung. simpl. (Cérat jaune)	40 „
Olei olivarum	20 „

ogrzewa się i miesza.

Po oziębieniu otrzymuje się maść barwy jasno-żółtéj, nie drażniącą skóry, mającą punkt topnienia wyższy niż ciepłota skóry i dającą się na skórze rozpościerać w dość grubéj warstwie. Przylepność téj maści do skóry pozwala pokrywać nią skórę dokładnie bez przymocowywania jéj opaskami. Dr. Stern sądzi, że można przepisywać bardzo korzystnie środki miejscowo działające z tą maścią w tych chorobach skórnych, gdzie się używa opatrunku wszelkiego a mianowicie w wyprysku twarzowym u dzieci, gdy chodzi po prostu o przykrycie skóry i o zabezpieczenie jéj od stykania się z powietrzem. Zresztą odpowiednio do wskazazania można tę maść jako objemiec, do którego dodaje się według potrzeby niedokwasu cynku, kwasu borowego, salicylowego, dziegciu i t. p. leku używanego w chorobach skórnych. (*La Sémaine médicale* 1889-9).

(P...i) **Oliwa do wcierań rtęciowych**. Dr. Lang zaleca następującą mięszaninę skuteczniejszą niż szarą maść w leczeniu kiły wcieraniami rtęciowemi, a mającą tę zaletę, że mniéj brudzi:

Calomelanos	13·50
Lanolini	13.50
Olei olivorum	23.—

(*Le Sémaine médicale* 1889-9).

Terapija.

Ebstein: **Przyczynek do leczenia róży**.

Wychodząc z założenia, że kwas karbolowy, jako dzielny środek antyseptyczny, może powstrzymać postępy róży, polecał jeszcze Hüter wstrzykiwanie tego środka w skórę zdrową w okolicę wału różycowego. Zbliżony do tego jest nowo podany przez W. Ebsteina sposób Rosenbacha. Według Rosenbacha obmywa się nasamprzód dokładnie skórę zdrową w bezpośredniem sąsiedztwie róży — a po wysuszeniu takowej wciera się mocno 5% maść z kwasu karbolowego i wazeliny. Tą samą maścią pociąga się także skórę zajętą różą, przyczém pocierać jednak należy zawsze od skóry zdrowéj dla uniknięcia zakażenia téj ostatniéj. W 27 przypadkach sposób ten okazał się bardzo dobrym, bo róża albo nie przekraczała pierwotnych granic, albo przekraczała i przebiegała bardzo łagodnie. Działanie maści karbolowéj polega prawdopodobnie nie na jéj własnościach antyseptycznych, ale raczéj na tém, że sprowadza w skórze zmiany, dzięki którym pasorzyty znajdują gorsze warunki bytu. Inny sposób podał niedawno Dr. Behrend. Wiedząc, że wyskok bezwodny zabija koki róży, próbował Behrend wcierać w skórę różycowo zmienioną i w jéj zdrowe otoczenie 90% wyskok. Wynik leczenia był znako-

mity. Po 3—5 dniach leczenia róża ustępowała w zupełności a stan ogólny chorego zaraz po rozpoczęciu leczenia znacznie się poprawiał. Kiedy wiadomość o tych dwóch nowych sposobach leczenia pojawiła się w Nrze 7 „*Wiener Medic. Blätter*“, leczył właśnie Dr. Keměny chorego, u którego róża pomimo wszelkich zabiegów leczniczych czyniła szybkie postępy, sprowadzała ciężkie zmiany na skórze w postaci ropienia i taki miała groźny przebieg, że zdrowego zresztą i dobrze odżywionego chorego w przeciągu 14 dni nie do poznania wyniszczyła. Dr. Keměny, wyczytawszy wiadomość o nowych środkach leczniczych, zastosował je u swojego chorego, i użył po jednéj stronie ciała (róża zajmowała cały tułów, uda i górne części ramion) sposobu Rosenbacha, po drugiéj sposobu Behrenda. Wynik był nadspodziewanie dobry, róża natychmiast przestała czynić postępy, zmiany poczęły ustępować, a ogólny stan chorego znacznie się poprawił. Wyskok 90% działał energiczniéj od maści, poleconéj przez Rosenbacha. (*Wiener Medic. Blätter* Nr. 7 i 10). *A. R.*

† Dr. Elmer proponuje leczyć choroby cewki moczowéj, pęcherza moczowego, macicy i kiszki prostéj „drogą suchą“ — to jest wprowadzając do nich lekarstwa w stanie sproszkowanym, n. p. jodoform, kokainę etc. Dla wprowadzenia tych lekarstw autor wynalazł odpowiednie przyrządy w rodzaju kateterów.

(H. K) Idąc za przykładem Reicherta (patrz Przegl. Lek. spraw. 1888) stosował **kwas kamforowy przeciw chorobom błon śluzowych** w klinice prof. Moslera **Niesel**; używając go albo w postaci płynu do płukania, do przestrzykiwania, rozpylania i wdychiwania, do smarowania. Wewnętrznie podawał go ze skutkiem suchotnikom przeciw potom nocnym, zapisując go po 1.0—2.0 w opłatku; do wziewania zapisywał kwas kamforowy 1% w roztczynie alkalicznym; w wszystkich przypadkach zwiększonego wydzielania, błony śluzowe wydzielały po nim mniéj. W dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego przepłukiwał 0.5%, potem 1% roztczynem pęcherz za radą Fürbringera; w obydwóch nastąpiło wnet znakomite polepszenie; w jednym z nich zupełne wyleczenie. Do pędzlowania nadaje się dobrze zarówno w roztczynie wodnym jak i glicerynowym, tylko że ostatni trochę drażni. (*Deutsche med. Woch.* 1888 Nr. 40).

Choroby kobiece.

J. Hochenegg (Wieden): **Zastosowanie metody operacyjnéj Kraskego w ginekologii.**

Autor, asystent profesora Alberta, jeszcze w sierpniu r. z. w jednym z numerów *Wiener Klinische Woch.* rzucił myśl, czyby sposobu operacyjnego, podanego pierwotnie przez prof. Kraskego, nie można zastosować jako operacyi wstępnéj, ułatwiającéj dostanie się do schorzałych wewnętrznych części rodnych kobiecych, przez co zyskałby chirurg nową drogę, pozwalającą mu ominąć dwie dawno już znane, t. j. cięcie brzuszne i operacyję przez pochwę; zwłaszcza w przypadkach, gdy obie te ostatnie metody połączone są z niebezpieczeństwem lub trudnościami, nie dającemi się czasem przezwyciężyć. Operacyję samą radził wykonywać w następujący sposób: po wyłuszczeniu kości ogonowéj i częściowéj resekcyi skrzydła kości krzyżowéj (jak to czyni Kraske), należy odłuszczyć kiszkę odchodową od otoczenia po jednéj stronie, tak, aby z łatwością na przeciwną przesunąć się dała, poczém przecina się cięciem dość szerokiem fałd otrzewnéj w t. zw. *excavatio utero rectalis*, a zyskawszy w ten sposób obszerny dostęp do części rodnych, takowe z łatwością od otoczenia oddzielić i do zewnętrznéj rany ściągnąć można. Oprócz jednak prób dokonanych następnie na trupach przez Herzfelda, które potwierdziły, iż żaden rękoczyn nie ułatwia tak dostępu do wewnętrznych narządów rodnych jak właśnie zmieniona w ten sposób operacyja Kraskego, brak było dotychczas doświadczenia na żywych. Dopiero teraz autor, ośmielony dwoma przypadkami operacyjnemi, uwieńczonemi pomyślnym skutkiem, poleca na nowo tę metodę. Pierwszy przypadek dotyczył choréj, dotkniętéj rakiem części pochwowéj, operował ją prymaryjusz szpitala Rudolfa w Wiedniu Gersuny; nie mogąc z powodu znacznego unieruchomienia macicy wyłuszczyć jéj przez pochwę, wykonał powyższą operacyję jako wstępną, poczém po odłączeniu macicy od otoczenia wyłuszczenie przez pochwę z łatwością się udało. W drugim przypadku chodziło o guz, wychodzący z lewego więzadła szerokiego, operował odrazu powyższym sposobem sam autor, przyczém cały guz wraz z macicą, mimo silnych i rozległych zrostów z otoczeniem, stosunkowo łatwo przez ranę zewnętrzną dał się wyłuszczyć.

Na podstawie więc teoretycznego rozumowania, prób uczynionych na trupach, oraz opisanych dwóch przypadków operacyjnych na żywych, przychodzi autor do przekonania, że powyższy sposób operowania wskazany byłby tam, gdzie ani zapomocą cięcia brzusznego, ani przez pochwę nowotworu całkowicie usunąć nie można, jak to ma miejsce w przypadkach guzów, głęboko w miednicy usadowionych lub zbyt małych i unieruchomionych. Korzyści zaś tego rodzaju operowania widzi autor przedewszystkiem w możności dokładnego usunięcia schorzałych części, łatwego tamowania krwotoku i wygodnego po operacyi leczenia rany. Rzecz cała, jak widzimy, zbyt nowa, na nader jeszcze skąpej oparta statystyce, ale zawsze zasługująca na uwagę, a może i godna dalszych prób i doświadczeń. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 9).

Dr. Langie.

Choroby skórne i weneryczne.

Richter (Praga): **Lupuscarcinoma.**

R. ogłasza z kliniki chorób skórnych prof. F. I. Picka ciekawy przypadek téj rzadkiéj choroby w celu wyjaśnienia powstawania raka w bujającéj tkance liszaja żrącego. 47-letni górnik leczony kilkakrotnie z powodu rozległego liszaja żrącego. Obciążane dziedziczne gruźlicze wykazano w tym przypadku z taką pewnością, że prof. Raudnitz użył tego przypadku dla udowodnienia gruźliczéj przyrody liszaja żrącego. Po 12-letniém trwaniu wytworzył się w zakresie skóry liszajem dotkniętéj rak przybłonkowy, i to najpierw na licu lewém. Prof. Gussenbauer wyciął nowotwór i przez 2 lata nawrotu choroby nie było. Po 2 latach odnowił się rak na licu prawém. Nowotwór był od otaczającéj skóry, okazującéj jużto świeże zmiany, już też blizny po zagojonych gruzełkach liszaja, ostro odgraniczony swemi wyniosłemi brzegami. Oba guzy okazywały następujące wspólne cechy: 1) oba nowotwory przedstawiały się jako guzy ostro od otaczającéj skóry odgraniczone, jako coś obcego, samoistnego, 2) rozwinęły się na odpowiadających sobie miejscach twarzy, okazując jużto owrzodzenia, jużteż wybujałości brodawkowate liszaja żrącego, 3) oba guzy odznaczały się szybkim wzrostem i to nie jak zwykle w raku przez wytworzenie nowych nacieków rakowych w otoczeniu, lecz wywołując zniszczenie skóry sąsiedniéj; 4) w tkance nowotworowéj wytwarzały one względnie szybko obok zmian proliferacyjnych także zmiany wsteczne; 5) w obu przypadkach nie było zajęcia sąsiednich gruczołów chłonnych a wreszcie 6) nie było chery rakowéj. Badanie mikroskopowe potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne raka przybłonkowego. Etyjologija téj choroby jest podobną do etyjologii raka, i tak zdarza się najczęściéj dopiero po 40 roku życia; po drugie potrzebne jest zwichnięcie równowagi między tkanką łączną a przybłonkiem i to tak, aby składniki przybłonkowe wzięły górę. Wreszcie podnosi R., że o chorobie téj może tylko wtedy być mowa, jeżeli rak powstaje w tkance liszaja żrącego, będącego w całym swym rozwoju, gdyż rak powstający z blizn po wyleczeniu liszaja nie ma z tym ostatnim nic wspólnego. (*Vierteljahreschrift f. Dermat. u. Syph.* 1888). *Dr. Baschkopf.*

Choroby oczne.

Deutschmann: **Ophthalmia migratoria.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Według doświadczeń na zwierzętach przedsiębranych wydarza się zapalenie opon mózgowych tylko jako rzadki wyjątek w przebiegu zapalenia wędrownego, a z tém zgadza się téż doświadczenie i u ludzi. Przebieg zapalenia wędrownego cechuje się, prócz zajęcia rozmaitych części tak pierwszego jak i drugiego oka, przedewszystkiem złośliwością sprawy chorobowéj i ustawiczną skłonnością do wznówek, a te jego własności licują jak najlepiéj z przyrodą zapaleń zakaźnych. Rokowanie jest w każdym razie pod względem obu ócz co najmniéj wątpliwe, dla oka pierwszego, zakażonego niejako z pierwszéj ręki, gorsze aniżeli dla drugiego, któremu staje się szczególnie złowrogiem przez skłonność do ciągłych wznówek. Poczytując zakażenie ustrojami drobnowi-

dowemi pierwszego oka za przyczynę choroby drugiego główne zadanie leczenia upatrywać musimy w zapobieganiu. Wkłada to na nas obowiązek przestrzegania najściślejszego prawideł aseptyki przy operacyach, a jak najstaranniejszego leczenia chorób oka, które przedziurawienie jego ścian sprowadzić mogą. W przypadkach uszkodzeń oka z przebiciem jego ścian, bez względu czy ciało obce pozostało w oku lub nie, przestrzega autor przed leczeniem zachowawczem zbyt daleko posuniętem. Jeżeli w takim przypadku wzrok uległ zniszczeniu lub takowe na pewno przewidujemy, należy oko wyłuszczyć lub treść jego wypatroszyć; w razie utrzymania się jeszcze wzroku można wyczekiwać dni kilka, czy i w jaki sposób zakażenie wystąpi, a wtedy postąpić stosownie do ciężkości choroby. Jeżeli ona utratą wzroku zagrozi lub pozostawi nadzieję ocalenia zaledwie jakiejś lichéj jego resztki, będziemy mieli obowiązek poświęcenia oka uszkodzonego. W takich przypadkach, w których zakażenie nie ulega wątpliwości, ale sprawa chorobowa wystąpi jako ograniczona i pozostawi nadzieję utrzymania wzroku, niepodobna dać pewnych przepisów, a wskazanie zależeć będzie od podmiotowego sądu lekarza. Zgodnie z teoryją należałoby takie oczy poświęcać, ponieważ zagładę drugiego sprowadzić mogą, ale w praktyce trzeba się liczyć z doświadczeniem, że tego następstwa pociągnąć za sobą nie muszą. Oczy już dawniéj stracone i przedstawiające się lekarzowi dopiero w tym okresie należy bez wahania usunąć, jeżeli tylko według doświadczenia powód do choroby oka drugiego dać mogą, a tyczy się to nie tylko öcz zniszczonych skutkiem urazu, ale i straconych skutkiem tak zwanych dobrowolnych zapaleń wewnętrznych, jeżeli ich stan najmniejszém niebezpieczeństwem oku drugiemu grozi. W celu leczenia zachowawczego wykonać możemy: wyłuszczenie gałki lub jéj wypatroszenie, proste przecięcie nerwu wzrokowego lub przecięcie połączone z wycięciem kawałka przynajmniéj 10 mm. długiego. Wyłuszczenie daje bez wątpliwości największą pewność. Mimo pewnych korzyści praktycznych, jakie wypatroszenie gałki ocznéj nastręcza, nie jest ono, jako operacya nowa, dostatecznie wypróbowane tak, iżby je bezwzględnie polecać można jako środek na pewne wybuchowi choroby drugiego oka zapobiegający. Proste przecięcie nerwu wzrokowego nie jest dość pewnem, bo jak doświadczenie uczy, przecięte końce mogą się napowrót zrosnąć ze sobą. Wycięcie kawałka nerwu wzrokowego, zalecane przez Schweiggera, powinnoby, biorąc rzecz teoretycznie, zabezpieczać oko drugie od zakażenia, ale czy tak jest rzeczywiście. rozstrzygnąć musi dopiero doświadczenie. Jeżeli choroba na drugiem oku już wybuchnęła, skuteczność wyłuszczenia pierwszego staje się bardzo wątpliwą, chociaż znane są przypadki, w których wczesne wyłuszczenie oka pierwszego wywarło wpływ bardzo zbawienny na chorobę drugiego. Mimo rzadkości takich spostrzeżeń należy jednak pierwsze oko, jeżeli jest już ślepe, w każdym razie wyłuszczyć, bo ono nie tylko jest źródłem pierwszego wybuchu choroby na oku drugiem, lecz może jeszcze w przyszłości być źródłem ponownych jéj napadów i zaostrzeń. Ale wyłuszczenie nie jest usprawiedliwionem, jeżeli oko pierwsze ma jeszcze jakiś wzrok choćby lichy, bo nie można przewidzieć jak się zakończy choroba drugiego, a znane są, choć rzadkie przypadki, w których na pierwszém oku ocalał jakiś wzrok, podczas gdy drugie zupełnie ociemniało. Wydarza się nawet niekiedy wyzdrowienie oka drugiego bez wyłuszczenia pierwszego. Prócz wyłuszczenia zalecają powszechnie miejscowo atropin i ciepłe okłady a równocześnie wcierania szaruchy ogólne, ale niestety okazuje się i to leczenie często bezskutecznem. Autor zaleca jako najracyjonalniejsze leczenie, prócz wyłuszczenia oka pierwszego, wczesną irydektomię i częściéj powtarzane przekłówanie komórki przodkowéj oka drugiego, a obok tego leczenie ogólne przetworami rtęci. Sprawozdawca Przeglądu Lekarskiego musi się zgodnie z własnem i powszechnem doświadczeniem dotychczasowem oświadczyć przeciw wykonywaniu wczesnéj irydektomii, a zarazem podnieść, że D. sprzeciwia się poniekąd sobie samemu, gdy o kilka wierszy niżéj, mówiąc o wykonywaniu irydektomii po ukończeniu sprawy chorobowéj na oku drugiem, przestrzega: „*Nur warte man die völlige Ruhe des Auges zu diesem Zwecke ab; operative Eingriffe während eines noch vorhandenen Reizstadiums führen zu keinem gutem Resultate*“, raczéj należałoby powiedzieć: *sind geradezu schädlich.* Zalecone przez Gallengę zapuszczanie do oka roczczynu sublimatu 3 do 5 na 1000 uważa D. za racyonalne i naśladowania godne dodając jednak, że o jego skuteczności rozstrzygnąć musi dopiero doświadczenie. I w téj mierze miałby sprawozdawca Przeglądu wątpliwość, czy oko dotknięte zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego zniesie zapuszczanie tak silnego i bądźcobądź drażniącego roczczynu sublimatu. (*Ueber die Ophthalmia migratoria. Hamburg und Leipzig* 1889, str. 145). *Rydel.*

Toksykologija.

Prof. Albertoni (Bolonia): **O działaniu jadu żółwiego.**

Ważne jest działanie tego jadu na narząd krążenia: zmniejszenie się ilości tętna, powiększenie się siły skurczu serca i wzmocnienie parcia krwi; znaczniejsze dawki téj trucizny sprowadzają jeszcze znaczniejsze powiększenie parcia ościennego a w końcu nagłe ustanie działania serca. Bicie serca żabiego ustaje przed zniesieniem czucia i ruchu; światło naczyń zwęża się. Z tego wynika, że jad ten działa podobnie jak naparstnica. Słuszność swych twierdzeń dowodzi A. za pomocą rysunków sfygmo — i kardiograficznych. (*Intern. kl. Rundschau*). *Dr. Baschkopf.*

(†) Zambianchi i Montalti opisują 2 przypadki zatrucia kokainem z zejściem śmiertelnem. W pierwszym przypadku po wstrzyknięciu podskórnem $4\frac{1}{2}$ strzykawek 5% roczczynu kokainu kobiecie cierpiącéj na nawrot raka gruczołu mlekowego wystąpiły drgawki padaczkowe, wśród których chora umarła. W drugim przypadku podano choréj na gruźlicę przez pomyłkę 5 grm. 30% roczczynu kokainu wewnętrznie. Śmierć nastąpiła wśród objawów majaczenia. Sekcyja wykazała przekrwienie mózgu i jego opon, oraz krwotoki w mózgu i płucach. Zdaniem Dra M. polega zatrucie ostre kokainem na porażeniu układu naczyniowego, w skutek którego powstają przekrwienia i krwotoki. (*Lo Sperimentale*)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Eisenberg (Wiedeń): **O żywieniu dzieci mlekiem wolnem od zarodków drobnych ustrojów.**

Statystyczne zestawienia wykazują, że śmiertelność sztucznie żawionych znacznie przewyższa śmiertelność zwykłą. Zaczęto zatem próbować, czyby się przez dodanie jakich ciał nie udało wartość i składniki sztucznéj pożywki zbliżyć do mleka matczynego. To jednak wcale nie zmniejszyło liczby dzieci zapadających na nieżyty żołądka i kiszek, dla małych dzieci do sprowadzenia śmierci zupełnie wystarczających. Najważniejszą różnicą między jednèm mlekiem a drugiém stanowi, jak Escherich wykazał, że mleko prosto z piersi wyssane jest wolne od zarazków albo ich zarodników, podczas gdy sztuczna pożywka wcale téj zalety nie posiada. Największy postęp w sztuce wyrabiania i przechowywania mleka wolnego od zarodników drobnych ustrojów zrobił Soxhlet, który w szczelnie zamkniętych 150 gramowych flaszeczkach przechowuje mleko a przed podawaniem dziecku każe ogrzać w łaźni wodnéj przez 40 minut. Sposób jego ulepszył Hochsinger, który obecnie urządził we Wiedniu zakład, w którym ludność biedniejsza może za tanie pieniądze kupować mleko wolne od wszelkich zarazków. W Lipsku urządza podobny zakład prof. Hoffmann; mają w nim rozdawać biedniejszym matkom sterylizowane mleko za darmo. (*Zeitschrift für Therapie* 1889 Nr. 3). *Dr. Kraus.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4-go kwietnia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego doc. Gluziński, w zastępstwie prezesa prym. Paszkowskiego, rzewnemi słowy wspomniał o śmierci ś. p. Biesiadeckiego a oddawszy należny hołd Jego pamięci i zasługom, zaproponował zamknięcie posiedzenia na znak żałoby i odroczenie go do przyszłéj środy, na co też licznie zebrani członkowie, którzy powstawszy z miejsc wysłuchali przemówienia przewodniczącego, jednomyślnie się zgodzili. **Posiedzenie zatém odbędzie się we środę d. 10 b. m. o godz. 6-téj** w tém samém miejscu i z tym

samym porządkiem dziennym, co posiedzenie, na dzień wczorajszy zapowiedziane.

* Na pogrzeb ś. p. Biesiadeckiego pojechali, o ile wiemy, z Krakowa: prof. Madurowicz jako wieloletni przyjaciel, dziekan Rydygier, celem reprezentowania uniwersytetu i wydziału lekarskiego, prof. Browicz, jako były asystent i następca na katedrze, prymaryjusz Paszkowski jako prezes Tow. lekarskiego. O śmierci ś. p. Kaczorowskiego dowiedzieliśmy się dopiero z gazet politycznych; ani Tow. lekarskie ani redakcyja Przeglądu nie otrzymały zawiadomienia o śmierci i dniu pogrzebu; podajemy fakt celem usprawiedliwienia lekarzy krakowskich, że w żaden sposób nie mogli objawić kondolencyi swéj z powodu śmierci kolegi, który i tu powszechnego używał poważania.

* Kilku słuchaczy 4-go roku med. złożyło w Red. Przegl. Lek. kwotę 5 złr. z przeznaczeniem na fundusz wdów i sierót po lekarzach, zamiast sprawiania wieńca na trumnę ś. p. Dra Wojnarskiego.

* Na pogrzebie ś. p. Dra Tomasza Wojnarskiego przemówił wymownie i serdecznie prezes Tow. lek. prymaryjusz Paszkowski.

* **Wiedeń.** Towarzystwo lekarskie wybrało członkami honorowymi: Bardelebena, Bergmanna, Esmarcha, Flechsiga, Königa, Lebera, Lückego, Nussbauma, Socina, Thierscha, Volkmanna, Waldeyera i Westphala; członkami korespondentami: Auvarda i Bergera w Paryżu, Eppingera w Gracu, Förstera w Wrocławiu, Schweiggera w Berlinie i Wernickego w Wrocławiu.

Asystent prof. Toldta Dr. Della Rosa przez nieuwagę zamiast wody wypił w zakładzie pół szklanki roztworu sublimatu. Spostrzegłszy fatalną swoją pomyłkę wołał natychmiast o pomoc; po napiciu się większéj ilości mleka i wymiotowaniu przewieziony został do kliniki Nothnagla, gdzie dotąd pozostaje, a jest nadzieja utrzymania go przy życiu.

(†) **Rosyja.** Kapitał kaukazkiéj kasy zapomogi dla lekarzy wzrósł do 1 stycznia 1889 r. do pokaźnéj sumy 32.146 rubli. W ciągu stycznia b. r. wydała kasa na zapomogi lekarzom i ich rodzinom kwotę wynoszącą 840 rubli.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Prof. położnictwa Weber kończy 70 r. życia, ustąpi więc niezadługo z katedry. — Dr. Hugon Rex habilitował się jako docent anatomii w Wydz. niemieckim. — **Wiedeń.** Rektor tegoroczny prof. E. Süss złożył godność swoją, wskutek czego prorektor prof. Vogel objął zastępstwo. — **Królewiec.** Prof. Nauwerck z Tübingi powołany został jako następca Baumgartena. — **Graz.** Profesorem anatomii opisowéj po Zuckerkandlu mianowany został dotychczasowy prof. w Insbruku Holl; wydział lękarski przedstawił był primo loco Henkego, obecnie w Tübindze, a dawniéj w Pradze.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W Zdrowiu Nr. 42: Ziemińskiego: O znaczeniu dziedziczności w rozwoju krótkowzrocznéj budowy oka: Hamona: Rury ołowiane (c. d.); Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.). — *W Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Wicherkiewicza. O najwłaściwszych sposobach otwierania torebki soczewkowéj celem wydobycia zaćmy; Müntza: O kwasach żołądkowych. — *W Medycynie* Nr. 13: Stępniewskiego: Z instytutu szczepienia ospy; Stankiewicza: Z kazuistyki chir. chorób organów moczopłciowych (c. d.).

Sprostowanie. W Nrze 13 str. 162, szpalcie 2-giéj wiersz 2-gi od dołu zamiast Dr. Momidłowski, powinno być: „p. o. lekarza ordynującego jest Dr. Murdzieński“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 12.236.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkim Księstwem Krakowskim, rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w zakładzie dla obłąkanych na Kulparkowie.

Pobory z posadą tą połączone są następujące:
placa roczna 1000 złr.,
relutum za wikt 408 złr.,
pomieszkanie z opałem,
dodatki pięcioletnie po 150 złr. w. a.

Kandydat na powyższą posadę powołany otrzyma nominacyę stałą dopiero po upływie roku i to w tym tylko razie, jeżeli w ciągu prowizorycznej służby rocznej wszelkim warunkom służby odpowie.

Kandydaci winni w swoich podaniach zamieścić krótki opis życia, dołączając metrykę urodzenia i dyplom doktora medycyny, wykazać się z dotychczasowego zatrudnienia, tudzież złożyć dowody z ogólnego i szczegółowego uzdolnienia, czy nie są w jakim stopniu spokrewnieni lub spowinowaceni z Dyrektorem zakładu.

Podania należy wnosić po dzień 30 kwietnia 1889 do Wydziału krajowego za pośrednictwem p. Dyrektora zakładu dla obłąkanych na Kulparkowie lub jeżeli kandydat już obecnie zostaje w służbie publicznej przez swoję władzę przełożoną.

Z Rady Wydziału krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wiel. Księs. Krakowskiem.

Lwów, dnia 23 marca 1889. 37—1—1

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 13 Kwietnia 1889. Nr. 15.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. **Dr. L. Blumenstok.**

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 14 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Madurowicza.

Przypadek gwałtownego krwotoku z pochwy, wywołanego przedarciem przegrody pochwowéj podczas spółkowania.

Podał
Dr. M. Cercha,
asystent téjże kliniki.

W szeregu przyczyn, które są w stanie wywołać znaczniejszy krwotok z części rodnych niewieścich, akt spółkowania mało dotychczas w literaturze był uwzględniany. Rozumie się, mamy tu na myśli krwotok, który pozostawia ślady w ogólnym ustroju pod postacią niedokrewności lub co gorsza zagraża bezpośrednio życiu choréj, a nie pojawienie się plam krwawych podczas pierwszego spółkowania, jak się to zazwyczaj zdarza. Że tak jest w rzeczywistości, to o tém przekonać się możemy z podręczników traktujących o chorobach kobiecych, w których czytamy, że większe krwotoki podczas pierwszego spółkowania powstają nader rzadko i to zwykle u osób z rodzaju „krwawców“, przyczém źródłem krwotoku bywa rozdarta błona dziewicza, okolica cebulki lub cewki moczowéj. Aby źródłem tych krwotoków mogła być pochwa, a spółkowanie bezpośrednio wywołać mogło krwotok z pochwy nie choréj, lecz zupełnie zdrowéj, prawie wcale nie bywa w podręcznikach uwzględniane. Dalszym dowodem tego jest obszerna rozprawa R. Lomera, zamieszczona w „*Sammlung klinischer Vorträge Volkmann's*“ (Nr. 321, 1888), w któréj autor opisuje dokładnie przyczyny, źródła i sposób leczenia krwotoków w całym przewodzie rodnym, tak w okresie płodzenia, jak i po za nim, akt spółkowania jednak jako przyczynę krwotoku z pochwy i to zdrowéj pominął, bo jakkolwiek wspomina o przypadku nadwerężenia ścian pochwy przez spółkowanie u osoby wiekowéj, dotkniętéj zmianami starczemi w postaci *colpitis senilis*, to chciał tylko przez to powiedzieć, że spółkowanie było w tym razie okolicznością usposabiającą; nam zaś rozchodzi się o to, że spółkowanie może wywołać krwotok w tkance zdrowéj, nie okazującéj żadnych zmian chorobowych. Jeżeli zaś są okoliczności usposabiające, jak to i w naszym przypadku miało miejsce, to te zawsze uwzględnić należy. W rozprawie téj do przyczyn, wywołujących krwotoki, policzył on bowiem tylko: 1) pierwotnego raka pochwy; 2) wrzody odleżynowe, wywołane przez złe założenie lub za długie noszenie krążków pochwowych; 3) pęknięcia lub starcia podczas porodu i 4) zmiany w błonie śluzowéj pochwy u kobiet, polegające na występowaniu licznych wybroczyn i zaniku przybłonka płaskiego. O spółkowaniu jako przyczynie krwotoków niema wzmianki. Od czasu do czasu jednak pojawiają się opisy przypadków, gdzie akt spółkowania, wykonywany mniéj lub więcéj gwałtownie, dał bezpośrednio powód do krwotoku, a na dowód tego przytoczę choć kilka spostrzeżeń, w których krwotok powstał podczas spółkowania z osobą młodą, zdrową, i nie można było wykazać momentów usposabiających.

Jeden z takich opisał A. Anderson z Sztokholmu (*Verhandlungen der schwedischen medicinischen Gesellschaft* Hygiea, 1887 Bd. XLIX. Hft. 8. p. 152); a dotyczył on osoby lat 20 liczącéj niezamężnéj. Badanie wykazało rozdarcie pochwy w sklepieniu tylném 3 cm. długie, a 0·5 cm. głębokie, które powstało niewątpliwie podczas spółkowania, podczas którego chora uczuła gwałtowny ból, poczém wystąpił silny krwotok. Pochwę wytamponowano gazą jodoformową, a rana zagoiła się gładko. Badanie innych organów, jak i przewodu rodnego oprócz rozdarcia pochwy nie wykazało żadnych zboczeń.

Drugi przypadek opisał G. Barthel z Hagenau (*Centralblatt für Gynäkologie* Nr. 48 1888 J.). Dotyczył on służącéj lat 20 liczącéj, którą znaleziono na ulicy nieprzytomną. Badanie wykazało znowu rozdarcie pochwy w tylném sklepieniu i krwotok, zresztą prócz znacznéj niedokrewności ogólnéj nie znaleziono żadnych zmian. Chora podała, że krwotok powstał natychmiast po spółkowaniu, że przytem nie doznała żadnego bólu. Leczenie tym razem podobne jak w przypadku pierwszym.

Tu należy również zaliczyć przypadek Springsfelda opisany (w „*Viertelj. für gerichtliche Medicin* Bd. L. 1), w którym podczas pierwszego spółkowania powstała przetoka pochwowo-odbytnicowa. Najwięcéj jednak podobnym do naszego jest przy-

padek Kohna opisany (w Przeglądzie Lekarskim z r. 1885 Nr. 1). Odnosi się ten przypadek do kobiety lat 21 liczącéj, zamężnéj od 3 miesięcy. Podaje ona, że po zamążpójściu tylko 3 razy wykonywała spółkowanie, które zawsze połączone było z bólami, poczém występował każdym razem krwotok. Przed pójściem za mąż była zawsze zdrową. Badanie wykazało przegrodę w pochwie i to w górnéj części, przegrodę poziomą, dzielącą pochwę na dwie t. j. przednią węższą i tylną szerszą. Obydwa przewody pokryte błoną śluzową, tylko na wierzchołku tylnéj pochwy brak błony śluzowéj, którą zastępują bujne granulacye łatwo broczące. Autor, tłómacząc sposób powstania wady pochwowéj, robi dwa przypuszczenia, t. j., że przegroda ta była albo wrodzoną albo że podczas pierwszego spółkowania powstało częściowe oderwanie tylnéj ściany pochwy; z czasem zaułek wytworzony przez fałszywą drogę wyściełany został przybłonkiem od brzegów pochwy zdrowych, podobnie jak to miało miejsce w dwóch przypadkach we Wiedniu (jeden opisany w protokóle szpitalu Maryi Teresy z r. 1877, drugi operowany przez prof. Rokitańskiego); za tém tłómaczeniem zdaje się przemawiać brak błony śluzowéj w wierzchołku zaułka tylnego, a obecność natomiast pokładu ziarniny, która była punktem wyjścia krwotoku. W ten sposób przegroda ta nie byłaby niczém inném, jak strzępem oderwanéj tylnéj ściany pochwy. W tym wypadku Kohn wyciął prawie całą przegrodę, a ziarninę ostrą łyżeczką wyskrobał, poczém, przy odpowiedniém opatrywaniu rany wyleczenie zupełne nastąpiło.

Nadmienić mi wypada, że we wszystkich powyższych przypadkach spółkowanie odbywało się po za okresem regularności, co w obec przekrwienia przewodu rodnego, jakie istnieje w tym czasie, mogłoby mieć pewien wpływ na łatwiejsze powstanie uszkodzenia w tkance przekrwionéj, a zatém pulchniejszéj i delikatniejszéj.

Przypadek, który miałem sposobność obserwować w klinice prof. Madurowicza, wydarzył się w maju 1886 r., a więc wcześniej niż pierwsze trzy wymienione wyżéj. Przeczytawszy ich opis, sądziłem, że nie od rzeczy będzie podać do wiadomości i nasz, raz dlatego, iż zdawał mi się być ciekawszym, niż tamte, ze względu na równocześnie istniejącą wadę utworową organów rodnych, która w tym przypadku niewątpliwie przyczyniła się do powstania łatwiejszego uszkodzenia, a powtóre, aby powiększyć statystykę podobnych spostrzeżeń, które ciekawe są nietylko pod względem przyczynowym, ale nadto zainteresować mogą lekarza sądowego, jeżeli się uwzględni z jednéj strony zatajanie rzeczywistéj przyczyny choroby, jak się to zwykle w tych przypadkach i między niższą warstwą ludności zdarza, a z drugiéj strony możność zakończenia niepomyślnego w skutek utraty krwi i wynikłéj stąd ostréj niedokrewności.

Dnia 13-go maja 1886 roku przywieziono o 4-téj rano do kliniki położniczo-ginekologicznéj A. T. lat 23 liczącą niezamężną. Chora była prawie nieprzytomną, a to w skutek utraty krwi i wynikłéj stąd niedokrewności mózgu. Osoba towarzysząca oznajmiła mi, że chora krwawi dołem. W pierwszéj chwili myślałem o poronieniu, ale taż kobieta zapewniała mnie stanowczo, iż ostatnia regularność była jak zwyczajnie przed 10-ciu dniami.

Ponieważ było *periculum in mora*, przystąpiłem natychmiast do badania. Z pochwy sączyła się krew jasno-czerwona dosyć obficie. Ponieważ nie obiecywałem sobie wiele z badania palcem, więc natychmiast włożyłem mały wziernik Simsa, i przekonałem się, że źródłem krwotoku jest miejsce na tylnéj ścianie pochwy, i że mam przed sobą przegrodę w pochwie, która w tym miejscu została uszkodzoną. Wystrzykałem pochwę zimnym 2% roztworem kw. karbolowego, a ponieważ krwawienie było miąższowe, przeto zastosowałem na miejsce broczące za pomocą pędzla roztworu półtorachlorku żelaza, wystrzykałem pochwę powtórnie i wytamponowałem gazą jodoformową. Teraz zabrałem się do cucenia choréj, która była woskowo blada, tętna prawie wyczuć nie mogłem, źrenice były mocno rozszerzone, kończyny chłodne, a chora omdlewała raz po raz. Wstrzyknąłem tedy podskórnie 4 gr. eteru, wlałem do ust kilka łyżek wina, chorą kazałem ułożyć z głową nisko spuszczoną, zastosowałem gorące kamionki i gorące okłady suche na głowę. Już po kilku minutach tętno stało się lepsze i wynosiło 110 na minutę, termometer pod pachą wykazał ciepłotę 36·5°C. Równocześnie podawałem choréj w odstępach co 5—10 minut słaby roztwór *trae. ferri. acet. aether.* łyżeczkami. Stan choréj znacznie się polepszył, tak, że mogła odpowiadać na moje pytania i przyznała, że w nocy spółkowała trzy razy i to gwałtownie, że pierwsze dwa razy akt odbył się prawidłowo, a trzecim razem doznała bólu, poczém nastąpił krwotok, który zataiła i dopiero, gdy się czuła bardzo osłabioną, zawołała o pomoc. Co do wywiadów, to regularność wystąpiła po raz pierwszy w 17 roku życia, powtarzała się w odstępach czasu czterotygodniowych, trwała każdym razem 3—4 dni bez boleści. Chora nie rodziła i nie roniła, chorób cięższych nie przebywała, w ogóle czuła się zawsze zdrową. Spółkowanie dawniéj odbywało się prawidłowo bez boleści.

Badania szczegółowego dokonał Prof. Madurowicz dnia 14 maja, które wykazało co następuje: Kobieta wzrostu średniego, woskowo-blada, tętno drobne, przyspieszone, ciepłota ciała nie podwyższona. Brzuch płaski, powłoki jędrne, oporów nadzwyczajnych nad spojeniem łonowem, ani nad pachwinami nie ma; odgłos wypukowy bębenkowy. Na wzgórku łonowym i sromie ślady krwi zaschłéj. Przedsionek małéj objętości, blado-różowy, brzegi ujścia cewki moczowéj opuchnięte, wejście do pochwy otoczone strzępami błony dziewiczéj, również obrzmiałemi i zatkane gazą jodoformową, wiązadełko utrzymane. Po wyjęciu gazy, na któréj są ślady krwi świeżéj, okazało się, że wejście do pochwy jest podwójne, lewe szersze, prawe wąskie, albowiem pochwa podzielona wzdłuż przez przegrodę pionową, sięgającą aż do części pochwowéj na dwie części, światło pochwy lewéj szersze; przegroda w części dolnéj tylnéj zdaje się być oderwaną od tylnéj ściany pochwy, która w tém miejscu jest nierówna, oderwana zaś część przegrody wisi w pochwie w kształcie płatka o brzegu strzępiastym. Przez obydwa przewody pochwy można wybadać część pochwową, która ma kształt stożka dosyć szerokiego; na szczycie tegoż znajdują się dwa ujścia zewnętrzne macicy w postaci dołków okrągłych bez wrębów. Badając sposobem zestawionym można wyczuć dalszy ciąg macicy niepowiększonéj, niebolesnéj w kierunku prawidłowym; postać macicy jest prawidłowa. Sklepienia wolne, palec krwią zawalany. Zgłębnik maciczny, który daje się wprowadzić przez obydwa otwory wykazuje długość macicy 7 cm. Dwa zgłębniki wprowadzone równocześnie do każdego ujścia z osobna wykazują, że w macicy istnieje również przegroda, albowiem sondy nigdzie się bezpośrednio nie stykają, lecz ma się uczucie, jakby je dzieliła błona. Po założeniu wziernika Simsa widać, że przegroda jest oddarta częściowo od tylnéj ściany pochwy i że miejsce to jeszcze nieco broczy. Rozpoznanie brzmiało: *Vagina et uterus septus. Ruptura septi vaginae in parte posteriore intra coitum, subsequente haemorrhagia et anaemia majoris gradus.*

W obec trwającego jeszcze miąższowego krwawienia przypalono miejsce broczące termokauterem Paquelina i założono pasek gazy jodoformowéj do pochwy. Po czterech dniach odpadł strup, a pozostała w tém miejscu mała powierzchnia granulująca, którą co 3-ci dzień przyżegano lapisem, poczém zagojenie nastąpiło. Chora przez ten czas przyszła do sił. Radzono jéj przecięcie przegrody, na co jednak żadną miarą zgodzić się nie chciała. Chora opuściła klinikę wyleczona po dwóch tygodniach; do domu polecono jéj przetwór żelezisty. Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku nic innego, tylko spółkowanie było przyczyną krwotoku i to znacznego, który w braku pomocy lub w obec pomocy spóźnionéj mógł się śmiercią zakończyć. W naszym przypadku stosunek cielesny odbył się trzy razy, a ostatni wywołał krwotok, gdy w pokrótce wyżéj przytoczonych przypadkach krwotok powstał po jednorazowém spółkowaniu.

Przypadek nasz, jak to wyżéj wspomniałem i z tego względu jest ciekawy, że znaleźliśmy w częściach rodnych usposabiającą okoliczność w zmianie utworowéj w postaci zdwojenia pochwy i macicy.

Uwzględniając wadę pochwy możemy powiedzieć, że stanowi ona niewątpliwie moment usposabiający. Światło pochwy lewéj, jak to badanie wykazało, było szersze, przegroda zaś przylegała więcéj do prawéj ściany pochwy. Jeżeli przypuścimy, że wszystkie trzy razy spółkowanie odbyło się w pochwie lewéj, za czém szerokość przemawia, to biorąc wzgląd na to, że po każdém spółkowaniu przekrwienie w częściach rodnych się zwiększa, przez co przegroda obrzmiewa-

jąc stawała się grubszą i kruchszą, jak również, że prącie po dwukrotném spółkowaniu było opuchnięte, a stąd grubsze, łatwo przypuścić możemy, że podczas wprowadzenia prącia po raz trzeci mogło ono napotkać przegrodę a torując sobie drogę sprowadzić wzmiankowane uszkodzenie. Ten sposób tłumaczenia zdaje się być dosyć prostym, jakkolwiek możebném jest i to, że coitus trzeci raz mógł być usiłowanym do wązkiéj pochwy prawéj, w skutek czego mogło tém łatwiéj przyjść do nadwerężenia przegrody. Podobne przypadki mogą téż mieć znaczenie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, gdyż mogą sprowadzić śmierć w skutek niedokrewności.

Uszkodzenia pochwy nie są częste w praktyce sądowo-lekarskiéj, jeżeli w dziele zbiorowém Maschki *(Handbuch der gerichtl. Medicin* p. 290—1) zaliczone są do rzadszych. Wprawdzie znane są uszkodzenia i krwotoki pochwowe (Casper wspomina o takim, który się śmiercią zakończył), to jednak powstawały one już po spółkowaniu przez wprowadzenie do pochwy n. p. całéj ręki, lub przedmiotów nie zupełnie gładkich. Opisu lub wzmianki o przypadku analogicznym z naszym w dziele Maschki nie znalazłem. Zastanawiając się nad naszym jak i wyż wspomnianemi spostrzeżeniami, należałoby uwzględnić szczegóły, że naprężony członek może w przewodzie rodnym, zdrowym wywołać podczas spółkowania uszkodzenia, które w braku pomocy doraźnéj śmierć sprowadzić mogą w skutek krwotoku i ostréj niedokrewności, daléj, że okolicznością usposabiającą do powstania uszkodzenia i krwotoku może być przekrwienie znaczniejsze części rodnych i zmiany wrodzone lub nabyte w postaci przegród, listw lub postronków silnie unaczynionych, w końcu, na co i Maschka kładzie nacisk, że po uszkodzeniach takich mogą powstać blizny utrudniające zdolność płodzenia lub przetoki, które są cierpieniem ciężkiem, przeszkadzającém w pracy, a nawet mogą one wywołać charłactwo. Bądźcobądź, biorąc w rachubę nasz, jak i przypadki wyż opisane, możemy powiedzieć, że do rzędu przyczyn, wywołujących krwotoki pochwowe, akt spółkowania zaliczyć należy i takowy w ocenianiu podobnych przypadków uwzględniony być winien.

II. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Robiąc „doświadczenie z dusznością" na egzemplarzach hypnotyzowanych, Danilewski przekonał się, że u nich, mimo to, że kończyny są zupełnie swobodne, powstają po przyłożeniu bibuły ataki silnéj duszności, powtarzające się kilka razy; żaba jednakże pozostaje na grzbiecie i tylko po pewnym czasie wstaje, przybiera pozycyję zwykłą zaraz lub nieco późniéj, zdejmuje z nosa przeszkodę. Oczywiście, wnosi autor, podniety woli w hypnozie są pohamowane, mimo silne podrażnienie wewnętrzne.

Danilewski hypnotyzował także żaby z wyciętemi półkulami mózgowemi. Hypnoza według słów tego badacza zjawia się tak samo łatwo, jak u normalnych zwierząt, hypnoza ta trwa dłużéj; podrażnienia zewnętrzne nie wywierają takiego wyraźnego wpływu na jéj trwałość, jak u zwierząt normalnych. Objawy kataleptyczne można równie łatwo zauważyć. Wogóle żaba hypnotyzowana bez mózgowia nie odróżnia się od normalnéj w takim stanie, ale przy badaniu prądem przerywanym zauważa się, że zwiększenie odruchowości, nadczulość, powstająca po wycięciu półkul, nie zmniejsza się w hypnozie. Autor z tego wysnuwa wniosek, że obecność nienaruszonych półkul mózgowych znajduje się podczas hypnozy w ścisłym związku z zatamowaniem odruchów i bezczułością skóry; daléj, że anestezyja i zachowywanie położenia nienaturalnego są to dwie oddzielne sprawy, z których pierwsza zależy od półkul mózgowych, druga od innych części układu nerwowego. Wstrzymanie to odruchów trzeba kłaść na karb stanu działalności *(eines thätigen Zustandes)* półkul mózgowych.

Badacz wspomniany hypnotyzował daléj ptaki, ale nic nowego nie otrzymał; doświadczenie z dusznością u nich nie udawało się. Innym razem potrafił zahypnotyzować młodego krokodyla; wyjął zwierzę z wody i potrzymał go w powietrzu, póki ruchy nie ustały. Można było i w tym przypadku zauważyć wszystkie objawy hypnotyzmu zwierzęcego: utratę woli, zmniejszenie czucia, i objawy kataleptyczne.

Na zakończenie szkicu historycznego musimy zauważyć, że jeszcze w początkach naszego stulecia obserwowano analogiczne stany hypnozy u zwierząt innych. W 1828 r. węgier Konstanty Balassa podał sposób kucia koni bez trzymania zwierzęcia: po przywiązaniu konia, trzeba go cofnąć w tył, podnieść łeb i wyciągnąć szyję. Tą drogą można niektóre, nawet bardzo żywe konie doprowadzić do tego, że się nie ruszą nawet przy wystrzale. Lekkie gładzenie ręką przez czoło i między oczami stanowi także ważny środek pomocniczy do uspokojenia koni.

W 1839 roku Wilson w Anglji wywołał taki sam stan u zwierząt w londyńskim ogrodzie zoologicznym i nazwał go „trance". W ostatnich czasach (1881) Beard podporządkował ten „trance" czyli zjawiska transu pod hypnotyzm ludzki i wykazał, że można je otrzymać różnemi sposobami: za pomocą strachu, passów magnetycznych, utkwienia wzroku silnego światła, muzyki — jednem słowem — wszystkiemi sposobami, które burzą równowagę umysłową przez skupienie działalności mózgowéj na jednéj tylko idei [1]).

Widzimy z tego krótkiego rysu literatury, że nauka o objawach hypnotycznych u zwierząt znajduje się ledwie w zarodku i posiada daleko mniejszy materyjał faktyczny, niż nauka o hypnotyżmie ludzi. Zaledwie kilku autorów zajmowało się tym pytaniem, ale i ci nawet nie wszyscy zgadzają się na to, czy zjawiska opisywane można nazywać hypnozą zwierzęcą. Zresztą ważną rzeczą jest dla nas to, że niezgodność tyczy się nie faktów; wszyscy widzieli jednakowe zjawiska i nie przeczą ich istnienia, tylko nie wszyscy tłumaczą je jednakowo. Preyer mówi, że wszystkie te zjawiska są wynikiem strachu: nie jest to hypnoza, ponieważ działanie wrażeń wzrokowych nie jest koniecznym warunkiem powstawania opisywanego stanu, jak to przypuszczał Czermak. Na to Danilewski słusznie zauważył, że nie tylko wrażenia wzrokowe wywolują hypnozę, jak widzimy u ludzi; dodamy, że strach, wywołując skupienie do pewnego stopnia działalności mózgowéj, może téż być powodem nastroju hypnotycznego. Tymczasem Preyer, zgadzając się w rzeczywistości z Czermakiem co do stanu ośrodkowego układu nerwowego, nie zwraca na to uwagi. Widzimy więc, że niezgodność między tymi auto-

---

[1]) Te ostatnie dane wziąłem z dzieła Bernheima o hypnotyzmie. Tłumaczenie rosyjskie tom 1, str. 143.

rami jest nieznaczną; dotyczy właściwie strony zewnętrznéj przedmiotu — nazwy stanu powstającego. Inaczéj rzecz się ma u Heubla: ten autor zapatruje się na fakt zupełnie odrębnie, bo objawy *experimenti mirabilis* nazywa snem, czego sam Preyer nie uznaje. Ale braki dowodzenia Heubla biją w oczy już przy pierwszem przepatrzeniu jego pracy. Nie możemy żadną miarą uznać za ważny dowód, że wejrzenie zewnętrzne zwierzęcia przypomina zwierzę, ogarnięte snem naturalnym lub sztucznie wywołanym przez narkotyki: nie ma po co dowodzić, że przy jednakowem wejrzeniu zewnętrznem może istnieć różny stan funkcyj w zwierzęciu. Ta część dowodów Heubla jest jeszcze najsilniejszą, chociaż w jéj stronie faktycznéj nie mogę się zgodzić na niektóre rzeczy, jak to zobaczymy poniżéj. Druga część dowodzenia, że mamy tutaj sen dlatego, że usuwając podrażnienia zewnętrzne, tworzymy warunki dla powstawania snu, zbudowaną jest zupełnie *a priori*. Najpierw rzeczą jest jasną, że tworząc warunki dla pojawienia się czegoś w organizmie lub dla zmiany jego czynności, nie zawsze i nie wszędzie wywołujemy to zjawisko; myśl ta najwięcéj dotyczy snu, który zależy nietylko od usunięcia podrażnień zewnętrznych, ale, o ile wiadomo, posiada swe przyczyny i podstawy w samym ośrodkowym układzie nerwowym. Powtóre, jeżelibyśmy nawet przez usunięcie wszelkich podrażnień zewnętrznych wywołali u żaby sen zwykły, to przy wykonywaniu doświadczenia dziwnego usunięcie podrażnień tych, które Heubel uważa za *conditio sine qua non*, w rzeczywistości nie istnieje i nie jest koniecznem. Co do pierwszego, usuwamy podrażnienia ze strony skóry, istniejące przy położeniu normalnem zwierzęcia, ale za to wywołujemy podrażnienie obwodowe ze strony powierzchni grzbietowéj — podrażnienie nowe, niezwyczajne. Tymczasem Heubel nie zwraca należytéj uwagi na ten ostatni bardzo ważny punkt. Co do drugiego — doświadczenia Danilewskiego wykazują, że cisza i mrok nie są konieczne, że doświadczenie udaje się doskonale przy gwarze i oświetleniu.

Praca tego ostatniego autora, zajmująca przez swą staranność i naukową ścisłość pierwsze miejsce w literaturze hypnozy zwierzęcéj, potwierdza, jak to widzieliśmy, doświadczenia Czermaka i innych autorów i jednocześnie pierwszy raz przystępuje bliżéj do rozbioru objawów i zjawisk. Badania Danilewskiego przekonywają nas, że w opisywanych faktach mamy do czynienia w saméj rzeczy z osobliwym stanem układu nerwowego. Mając za punkt wyjścia wyniki tego autora, powziąłem myśl zbadać działanie niektórych środków, wywierających wpływ specyficzny na ośrodkowy układ nerwowy. Chciałem dowiedzieć się najpierw, i to było pierwotnie moim głównem zadaniem, czy hypnoza modyfikuje działanie niektórych środków nerwowych i po drugie miałem zamiar także wyśledzić wpływ ich na samą hypnozę. Drogą farmakologiczną spodziewałem się określić lub znaleść wskazówki o stanie różnych części ośrodkowego układu nerwowego — przystąpić, jednem słowem, do fizjologii hypnozy. Do doświadczeń używałem środków, drażniących system nerwowy — strychniny, tebainy, atropiny i kokainy.

Nim przejdę do właściwych doświadczeń moich pozwolę sobie powiedzieć kilka słów o saméj hypnozie. Doświadczenia moje robione były wyłącznie na żabach i w celach pracy wypadło mi hypnotyzować wiele egzemplarzy i obserwować zjawiska hypnotyczne we wszystkich różnorodnych formach tego stanu. Hypnotyzowałem żaby — nadając im położenie na grzbiecie i utrzymując ich kończyny rękami póty, póki zwierzęta nie przestały się bronić i leżały spokojnie. Żaby wtedy przyjmują zawsze oryginalną pozycyję: biodra są przyprowadzone do tułowia, a golenie do bioder; kończyny przednie uniesione są nad piersią, jakby zwierzę chciało objąć jaki przedmiot. Głowa również jest uniesioną lub też spoczywa na stole. Gdy się nadaje żabie nienaturalną pozycyję po raz pierwszy, zachowuje ją ona niedługo, bo minutę, dwie i szybko przewracając się siada jak zwykle. Jeżeli teraz znowu powtórzymy manipulacyę, zwierzę leży spokojnie już nieco dłużéj; po trzecim, czwartym razie — już bardzo długo, dwadzieścia, trzydzieści minut, czasem godzinę i więcéj. Jednem słowem dlatego, żeby hypnoza u żaby trwała przez dłuższy przeciąg czasu, trzeba ją uczyć, przyzwyczajać do niéj. To samo widział Danilewski i nazwał zjawisko „edukacyą hypnotyczną;“ mogę takim sposobem potwierdzić znaczenie takiéj edukacyi. Mogę również potwierdzić zdanie Czermaka i Danilewskiego, że indywidualność zwierzęcia wywiera wpływ znaczny przy powstawaniu zjawisk hypnotycznych; jedna żaba poddaje się łatwiéj hypnozie niż druga i na odwrót. Zdarza się, że zwierzę, zachowawszy położenie na grzbiecie, śpi przez długi przeciąg czasu od pierwszego razu; w innych znowu przypadkach trzeba długo wychowywać żabę, zanim otrzymamy hypnozę na dłuższy przeciąg czasu. Czasem, zresztą zdarza się to rzadko, i „edukacyja“ nie pomaga zupełnie; zwierzę po powtórzeniu 6—8 razy rękoczynu nie śpi dłużéj nad 2—3 minuty i budzi się od najsłabszego podrażnienia. W ogóle żwawe egzemplarze trudniéj poddają się hypnozie, niż opieszałe; zresztą miewałem i takie wypadki, że bardzo żywa żaba ku memu zdziwieniu odrazu zachowywała położenie na grzbiecie i pozostawała w niem długo. Co się tyczy warunków zewnętrznych, sprzyjających udaniu się doświadczenia, to przekonałem się, jak i Danilewski, że nie potrzebujemy zupełnie takiéj ciszy i ciemności, jakiéj wymagał Heubel. Robiłem obserwacyje w pokoju laboratoryjnym, gdzie jednocześnie znajdowało się kilku pracujących i nie było dlatego cicho; zapalałem na stole lampę gazową, tak, że żaba była oświetloną i to nie przerywało hypnozy.

Uśpione żaby przedstawiają pewne dane objektywne, z których rozpoznajemy hypnozę. Główne jéj objawy są: zachowywanie położenia nienaturalnego, resp. objawy kataleptyczne, zmniejszenie czułości skórnéj, resp. zatamowanie odruchów i bezwola. Obserwacya przekonała mię o prawdziwości téj symptomatologii; ale muszę ją zaopatrzyć w kilka dodatków i uwag. Tak pierwszy objaw hypnozy — pozostawienie zwierzęcia w nienaturalnem położeniu, ma ważne i drogocenne znaczenie wtedy, gdy jasną jest rzeczą, że pozycyja nadana jest dla żaby niezwykłą, gdy żaba broni się, a przytem jest na tyle silną i żwawą, że może sama zmienić położenie na grzbiecie lub na boku — na zwyczajne. Bywają egzemplarze słabe, które możemy położyć na grzbiet bez trudu i żaby zupełnie się nie bronią; tyczy się to szczególnie żab narkotyzowanych lub otrutych dużemi dawkami jadów. W tych razach, naturalnie, zachowywanie pozycyji na grzbiecie nie ma znaczenia i nie służy za dowód obecności hypnozy. Zachowywanie przez zwierzęta nienaturalnéj pozycyji stanowi istotę katalepsyi; katalepsya ta w oddzielnych członkach posiada najczęściéj cechy tężcowéj katalepsyi. Przeciwnie — nie widziałem nigdy wiotkości mięśni, która według Heubla występuje w takich doświadczeniach i przy normalnym lub sztucznym śnie; doświadczenia kontrolujące z uśpieniem zwierząt chloroformem lub chloralem wykazały znaczną różnicę. W tych razach istnieje w rzeczy saméj wiotkość członków: możemy nadawać im różne położenia i przytém nie czujemy oporu; jeżeli położymy żabę

na grzbiet, ona jakoby rozlewa się na stole i kończyny przednie opadają. Takich cech nie ma w hypnozie: nieraz zdarza się widzieć i dziwić, jak żaba przez godzinę lub więcéj trzyma kończyny przednie nad piersią ku górze, i one nie opadają, a ciągle znajdują się w jednem i tem samem położeniu. Kończyny tylne przyprowadzone są do tułowia i przy odciąganiu ich czujemy wyraźny opór: przytém żaba zwykle się budzi, chociaż odsuwając łapkę ostrożnie, możemy ją oddalić nieco od tułowia. Dość często obserwowałem pewien stopień katalepsyi woskowéj; jeżeli głowa żaby spoczywa na stole, to można ją nieco unieść i ona pozostaje w takiéj pozycyi, jaką jéj nadano; można także obniżyć głowę, jeżeli jest podniesioną.

Badanie czułości skórnéj i odruchów dało mi te same wyniki, co i Danilewskiemu. Stosowałem tylko jedną metodę badania — mianowicie prądem przerywanym. Jeden element Greneta łączyłem z aparatem saneczkowym du Bois Reymonda: przed hypnozą zauważyłem, w jakiéj odległości znajduje się cewka wtórna od głównéj przy otrzymaniu odruchu: naturalnie brałem najpierw odległość największą, czyli siłę prądu najmniejszą, która wywoluje jeszcze odruch. Przykładałem elektrody do jakiejkolwiek plamki barwikowéj na powierzchni wewnętrznéj prawego albo lewego biodra; przy badaniu obserwowałem wszystkie ostrożności dlatego, aby warunki badania były jednakowemi: dlatego zwilgotnienie elektrod, czas ich dotknięcia były zawsze jedne i te same. W hypnozie zawsze zauważamy, że sila pierwotna prądu jest niedostateczną dla otrzymania odruchu: trzeba zawsze zastosować prąd silniejszy czyli przysunąć wtórną cewkę do głównéj bliżéj. Zmniejszenie czucia skórnego, resp. zahamowanie odruchów w śnie hypnotycznym normalnym wahało się w doświadczeniach moich w granicach określonych: przecięciowo trzeba było przysunąć cewkę na 15—25 millimetrów. Po większéj części żaba po daniu odruchu budzi się, chociaż nieraz ruszy się tylko i znów sama uspakaja się. Nieraz obserwowałem przy takiem badaniu, że mięśnie kurczą się pod elektrodą, a odruchu niema, owszem w skutek tego skurczu cała kończyna poruszy się nieco. Nie należy jednak tego ruchu brać za refleks, który posiada charakterystyczne wejrzenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem.

Podał
Dr. Szymkiewicz w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Pomimo, iż metoda Herbsta znaną mi jest prawie od pierwszéj chwili jéj pojawienia się, rzadko tylko korzystam z niéj w praktyce z tego powodu, iż widząc znakomite rezultaty dokonane według sposobu amerykańskiego pozostałem mu wiernym, nie chcąc w nader ryzykownéj kwestyi plombowania zębów złotem, co dla operatora z wielkim trudem a dla pacyjenta ze znacznemi stosunkowo kosztami jest połączone, chwytać się nowéj niedostatecznie jeszcze wypróbowanéj szkoły. Dziwnym pod tym względem konserwatyzmem odznacza się także poliklinika dentystyczna w Berlinie i to, jak osobiście od profesora Millera słyszałem, z tych samych powodów, które i mnie od zastosowania w praktyce nowéj metody wstrzymują. A przecież jeżeli gdzie, to chyba tylko w takim zakładzie, przy tak licznie uczęszczanem ambulatoryjum można na wielką skalę robić doświadczenia częścią na wyjętych zębach, częścią *in vivo*. Praktyk, który musi iść tylko utartą i pewną drogą, na takie eksperymenta odważyć się nie może.

Tyle co się tyczy metody rotacyjnéj Herbsta, nazwanéj patryjotycznie przez jéj wynalazcę metodą niemiecką.

Nader ważném i najtrudniejszém dla dentysty zadaniem jest niezawodnie wykonanie poprawne plomb ze złota na bocznych ścianach małych i wielkich zębów trzonowych. Tyczy się to tak górnéj jak i dolnéj szczęki. Trudności naturalnie wzrastają w miarę zajęcia próchnicą większéj części powierzchni żującéj koron, albowiem natenczas należy ze złota wypełnić ubytek, aby zębowi nadać pierwotną anatomiczną postać. Okoliczność ta jest jedną z najważniejszych przy plombowaniu i niezawodnie zajmuje równorzędne stanowisko z jednostajném skupieniem złota i ścisłém jego do ścian zęba przyleganiem. Naśladowanie to jednak postaci anatomicznéj zębów jest w niektórych przypadkach nader utrudnioném a niekiedy absolutnie niemożliwém. Najłatwiéj pod tym względem naśladować się daje ściana odśrodkowa wspomnianych zębów, która anatomicznie ma kształt do kuli zbliżony. W takim razie przeciągnąwszy kilkakrotnie pasek piaskowego papieru, otrzymuje złoto wymaganą postać, a nawet można w ten sposób nieznaczne stożkowate zwężenie się korony ku szyjce dokładnie naśladować. Znaczniejszych nie sprawia również trudności nadanie powierzchni żucia kształtu do anatomicznych stosunków zbliżonego, albowiem ze złota, które się tutaj w nadmiarze ubija, zeskrobuje się za pomocą kulistego pilniczka tyle, ile przy zgryzieniu obu szczęk zawadza, co z łatwością za pomocą papieru barwiącego wykazać się daje. Inna jest rzecz co do powierzchni dośrodkowéj. Kształt téj powierzchni nie jest kulisty ani też płaski, ale ku osi zęba dołkowato zagłębienie to rozciąga się z bardzo wolnym spadkiem prawie od powierzchni żucia aż ku szyjce. Jeżeli próchnica zajmie całą tę ścianę aż do granic szyjki z większą lub mniejszą częścią powierzchni żucia, natenczas nadaje się jéj kształt płaski, albowiem naśladowanie stosunków anatomicznych jest w tém miejscu nader utrudnione, a przy tém zbyteczne.

Jeżeli zaś, jak się to najczęściéj zdarza, próchnica posunie się na pewną tylko część owego dołkowatego zagłębienia, natenczas dolna granica ubytku będzie miała postać linii łukowatéj, wypukłością ku osi zęba zwróconéj. W takim razie wykonanie plomby poprawnéj, aby na téj dolnéj granicy przechodziła bez jakiéjkolwiek nierówności w powierzchnię zęba, jest prawie nie możliwe. Z korzyścią dają się tu użyć wyżéj opisane łożyska Herbsta, w których główka szpilki, wsunięta między obydwie blaszki stalowe, zmusza odpowiednie skrzydełko do przylegania ku owemu zagłębieniu. W każdym jednak razie przyleganie owo nie jest ścisłe, albowiem zawsze pomiędzy blaszką a brzegiem dolnym ubytku dość znaczną szparę zauważyć można, o czém przekonałem się na preparatach przyrządzonych własną ręką Herbsta.

Gdybyśmy nawet pominęli wspomnianą wyżéj okoliczność, iż pod uciskiem wywartym podczas plombowania blaszki takiego łożyska poza punktem, w którym je główka szpilki rozsadza, z łatwością się uginają i szparą tym sposobem powstałą przepuszczają złoto, skutkiem czego plomba traci wiele na swém skupieniu, to jest prawie niemożliwém, aby przy ostatecznėm wykończeniu plomby nadać jéj kształt anatomiczny zęba, tj. naśladować owo dołkowate zagłębienie, a co najważniejsza dziąsłowy jéj brzeg tak wykończyć, iżby przesuwany od szyjki zęba ku plombie ekskawator nie napotykał tamże żadnéj przeszkody.

Mühlreiter w swojém znakomitém dziełku pod tytułem „*Anatomie des menschlichen Gebisses*“ czyni wprawdzie o téj dośrodkowéj powierzchni zębów trzonowych krótką wzmiankę, iż jest ona lekko wklęsłą, nie zdarzyło mi się jednak zauważyć, aby w którymkolwiek podręczniku dentystycznym na tę pozornie drobną okoliczność zwrócono uwagę. A przecież jest ona niezmiernéj doniosłości przy plombowaniu złotem, albowiem jakakolwiek, chociażby nieznaczna usterka i niedokładność w wykończeniu plomby na tych miejscach, pociąga za sobą w krótkim czasie przykre dla opinii dentysty „wypadnięcie plomby“. Jeżeli uwzględnimy, jak często *caries* na bocznych ścianach zębów trzonowych się lokalizuje, musimy przyznać, iż w miejscach tych, niedostępnych prawie dla kontroli oka przy nienaruszonym szeregu zębów, zachodzą pewne wyjątkowe warunki, które przy leczeniu zapobiega-

wczém, jakiem jest plombowanie, wyjątkowéj także wymagają uwagi i niemal matematycznéj dokładności.

Można z wielkiém prawdopodobieństwem twierdzić, że owo anatomiczne zagłębienie powierzchni stanowi w pierwszym rzędzie ważny moment przy rozwoju próchnicy. Bo jeżeli tak powierzchnię żucia, jak powierzchnię policzkową lub podniebieniową (wzgl. językową) zębową a nawet szczeliny, powstałe między niemi, można czy to przez rozprowadzanie szczoteczką mechanicznie działających środków, czy też za pomocą wykłuwaczy lub nitki przeciąganéj pomiędzy zęby, w należytéj utrzymywać czystości i w ten sposób chronić je przed nagromadzeniem organicznych istot, to wspomniane zagłębienie na bocznych powierzchniach zębów jest zwłaszcza przy ścieśnionym ich szeregu dla środków mechanicznie działających prawie niedostępne. Skoro odwapnienie powstałe skutkiem działania kwasów z rozkładu tychże organicznych istot wytworzonych przekroczy granicę emalii, wówczas zaczyna szerzyć się próchnica, niekiedy z gwałtowną szybkością w mniéj odpornéj niż emalija zębowinie i zajmuje niekiedy znaczną przestrzeń, chociaż ząb powierzchownie nie okazuje żadnego ubytku. Zmiany te dopókąd nie dojdą pewnéj głębokości, t. j. jak długo pulpa pod wpływem mechanicznym lub termicznym nie ulega zadrażnieniu, uchodzą zupełnie uwagi chorego, tém bardziéj, że częstokroć i badanie przedmiotowe daje ujemny rezultat.

W przeważnéj jednak liczbie przypadków przy należytém oświetlenin zwierciadełkiem można zauważyć, iż emalija na powierzchni żucia, w bliskości jéj krawędzi, odmiennie od okolicznych części prześwieca a mianowicie okazuje perłowo-białe zabarwienie, podczas gdy reszta emalii ma więcéj żółtawy odcień. Po sztucznem przebiciu téj przeświecającéj warstwy można się dostać do jamy, która częstokroć już znaczne części zęba zajęła. Że zatém owo dołkowate zagłębienie na dośrodkowéj powierzchni zębów trzonowych jest w tych przypadkach punktem wyjścia próchnicy, nie ulega żadnéj wątpliwości.

Używając zawsze przy plombowaniu złotem tych ubytków metody amerykańskiéj przekonałem się, iż takowa świetne daje rezultaty, albowiem prawie zawsze można za pomocą odpowiednio zakrzywionych ugniataczy prostopadły na złoto wywierać ucisk. Jedynie tylko w tych przypadkach wypada przyznać metodzie rotacyjnéj pierwszeństwo, gdzie z powodu braku poprzedzającego zęba, otwór na dośrodkowéj powierzchni następującego jest łatwo dostępny i przedstawia się jako jama centralna. Tak korzystne jednak warunki zdarzają się bardzo rzadko i najczęściéj potrzeba walczyć z licznemi trudnościami przy nienaruszonym szeregu zębów. Chodzi tutaj głównie o wygodny przystęp do otworu, czego innym sposobem osiągnąć się nie da, jak tylko przez odłupanie perłowo na powierzchni żucia przeświecającéj warstwy emalii. Daléj potrzeba brzegom ubytku taki kształt nadać, aby łożysko, wsunięte między dwa sąsiadujące zęby, przylegało ściśle do brzegów zwłaszcza w części podstawowéj, gdzie po zaplombowaniu przystęp dla kontroli oka jest niemożliwy a dla instrumentu nader utrudniony. W tym celu używając częścią angielskich pilniczków Stubsa, częścią okrągłych tarczy z papieru piaskowego znoszę zupełnie przez odpiłowanie brzegów owo dołkowate zagłębienie tak, aby brzegi policzkowy i podniebieniowy ubytku, wspólnie z brzegiem podstawowym czyli dziąsłowym spoczywały na jednéj płaszczyźnie. Następnie jeżeli otwór na bocznéj ścianie zęba przechodzi także na podniebieniową lub policzkową jego powierzchnię, wsuwam łożysko z silniejszéj, niż w wyżéj opisanych Herbsta, blachy stalowéj zrobione a mające kształt dwóch półksiężycowatych pasków, wypukłością do siebie zwróconych, których końce z jednéj strony są wolne, z drugiéj zaś łukowato ze sobą spojone. Między obydwa te paski wkładam albo blaszkę stalową z części niekarbowanéj pilniczka Stubsa odłamaną i to grubszą lub cieńszą w miarę istniejącego odstępu między zębami, albo też drewniany klinik, którego podstawa opiera się na dziąsłach. W ten sposób łukowate zagięcie pasków, w miejscu gdzie są ze sobą połączone, obejmuje ubytek policzkowy lub podniebieniowy, gdy tymczasem rozepchnięte skrzydła łożyska zamykają resztę jamy. Jeżeli zaś jama zajmuje tylko ścianę boczną zęba nie przechodząc ani na podniebieniową ani na policzkową, natenczas wsuwam między dwa sąsiadujące zęby odłamaną z pilnika grubszą lub cieńszą blaszkę stalową, któréj powierzchnie i brzegi dokładnie są wygładzone i w ten sposób otwór szczelnie zamkniętym zostaje, albowiem, jak wyżéj wspomniano, brzegi jamy tak są przysposobione, iż leżą na jednéj płaszczyznie. Skoro pomiędzy blaszką a brzegami zęba nie przegląda ani pokrywająca dziąsła guma, (którą się naturalnie przed samém plombowaniem zakłada), ani też światło od zwierciadełka się już nie przeciska, wówczas dopiero plombuję złotem metodą amerykańską. Po skończeniu nadaję powierzchni kształt zupełnie płaski, używając w tym celu tarczy z piaskowego papieru, obracanéj za pomocą toczydła, brzegi policzkowy i podniebieniowy zaokrąglam przeciągając paski tegoż papieru w kierunku poziomym, poczém powierzchni złota nadaję politurę za pomocą sproszkowanéj kredy. Tym sposobem otrzymuję plombę, która wprawdzie nie nadaje zębowi zupełnie naturalnego kształtu, wszakże chroni go od dalszego psucia, głównie z tego powodu, iż blaszka łożyska przylegając szczelnie do brzegów ubytku, pozwala na najdokładniejsze wykończenie plomby właśnie w tych nader ważnych miejscach, tak iż przesuwany ekskawator od powierzchni zęba ku plombie i napowrót nie spotyka na brzegach żadnéj przeszkody.

IV. Oceny i sprawozdania.

„O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności“ przez Dra Teodora Heringa

ocenił

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

W rozdziale następnym zatytułowanym „Leczenie miejscowe suchot krtani na drodze chirurgicznych rękoczynów,“ przechodzi autor metody miejscowego leczenia tego cierpienia. Zaznaczywszy sceptyczne do niedawna zapatrywania laryngologów na leczenie gruźlicy krtani, obok obawy przed wszelkiemi środkami energiczniéj miejscowo działającemi, których to zapatrywań wynikiem było stosowanie jedynie środków paliatywnych, przechodzi następnie do skreślenia rozwoju obecnéj lokalnéj terapii, przyczém omawia używane tu środki antiseptyczne, jako to jodoform, kreozot, a daléj mentol i jodol, przyznając im pożyteczne, lubo słabe działanie na wrzody gruźlicze krtani. Słusznie podnosi autor odkrycie znieczulających własności kokainy, jako ważny czynnik ułatwiający znacznie zabiegi miejscowe, zwłaszcza chirurgiczne w krtani. Następnie opisuje metody znieczulenia krtani za pomocą kokainy, któréj używa do pędzlowań w rozczynie 15—20%, lub też do miąższowych wstrzykiwań w rozczynie 10% kokainy, obok 2% kw. karbolowego w wodzie. Na tém miejscu podnieść muszę, że szczerze się cieszę, że metoda wstrzykiwań miąższowych kokainy, któréj ja używałem jeszcze pod koniec roku 1884, i zalecałem w naszem Tow. lek. w jesieni 1885, znalazło w Heringu tak gorliwego zwolennika, który nie znając moich w téj mierze doświadczeń, samoistnie wpadł na pomysł wstrzykiwań miąższowych i doszedł do podobnych, jak i ja, pod tym względem wyników. Twierdzi też Hering, że przy wstrzykiwaniach kokainy trudniéj o zatrucie, niż przy pędzlowaniu, równie jak i to, że chorzy, którzy raz przy pędzlowaniu, drugi raz przy wstrzykiwaniach byli operowani, nie chętnie godzą się ponownie na pędzlowania, a domagają się użycia wstrzykiwań i to nie tylko z powodu dokładniejszego znieczulenia, ale głównie dla tego, że wstrzykiwania stanowią dla nich o wiele mniéj przykrą manipulacyę, niż pędzlowanie.

Oba twierdzenia, które dawniéj jeszcze wypowiedziałem, muszę i dziś na mocy własnego doświadczenia w zupełności potwierdzić. Podnieść też tu winienem małe różnice, jakie zachodzą w aplikacyi kokainy przez Heringa i przezemnie, które jednak, jak się okaże, nie są wcale istotne. I tak, do pędzlowania używa Hering rozczynu 15—20%, w wodzie, gdy ja 20% w wyskoku (*Spiritus vini rectf.*);

gdyż rozczyn wyskokowy działa podług mego doświadczenia silniej znieczulająco, niż wodny, z drugiéj jednak strony użycie jego przykrzejsze jest dla chorych, niż pędzlowanie rozczynem wodnym. Co się tyczy wstrzykiwań, ja używam zwykle rozczynu 5% w wodzie, Hering 10% w dwuprocentowym kwasie karbolowym, który, jak sądzi, zapobiegać ma zatruciu. (Jest téż prawdopodobném, że zwiększa on znieczulenie, zwłaszcza co do długości trwania). Dalsze różnice polegają na tém, że ja wstrzykuję po $^1/_2$ — 1 kropli w kilku miejscach, a najwięcéj w miejscu, które ma podlegać operacyi, zwłaszcza galwanokaustycznej; Hering wstrzykuje w jedno lub dwa miejsca po 3—4 kropli i, jak się zdaje, nieco głębiéj niż ja. Są to zatem bardzo nieznaczne rożnice, a jak sądzę, metoda przezemnie używana pozwala na jeszcze dokładniejsze znieczulenie, a wcale łatwą jest do przeprowadzenia. Muszę jeszcze dodać, że i pod względem dozy użytej kokainy nie zachodzi pomiędzy mną a Heringiem właściwie różnica, gdyż i ja w celach operacyjnych zwykle 0·05 nie przekraczam [1]. Wreszcie strzykawka używana przez Heringa różni się tém od mojéj, że u niego koniec z igiełką daje się wśrubować lub odśrubować od reszty instrumentu; gdy u mnie jedną z nim całość tworzy, daléj, że moje igły nie są złocone. Pod tym względem ma strzykawka Heringa niezaprzeczoną wyższość nad moją, zwłaszcza co do trwałości. Wspomnieć też muszę o podanych przezemnie stwardnieniach po wstrzyknięciu kokainy, których Hering nie potwierdza. Twierdzenie moje oparte jest na obserwacyi przy wstrzykiwaniach podskórnych, po których widziałem zawsze pozostające stwardnienie tak po injekcyach morfiny, jak i kokainy, po ostatnich jednak dłużéj trwające i twardsze. Stwardnienia te przy ilości płynu około 1·0, lub i więcej nie są zwykle dla oka wyraźne, wymacać je jednak można łatwo, a po wstrzyknięciach kokainy ślady ich nieraz w tydzień późniéj wykazać można. Jeszcze łatwiej i przez czas dłuższy wykazać można stwardnienia po wstrzykiwaniach w samą skórę, niż w tkankę podskórną. Że tych stwardnień Hering nie mógł obserwować w krtani, równie jak i ja ich nie obserwowałem, to rzecz zupełnie naturalna, że jednak na zasadzie doświadczeń, zrobionych na skórze, przestrzegałem przed wstrzykiwaniami w miejscu strun głosowych, zupełnie zdrowych, sądzę, że Hering téż uzna za słuszne. Tyle co do stosowania kokainy, o któréj dłużéj nieco się rozpisałem, chcąc wyjaśnić sprzeczności, jakie pomiędzy mną i Heringiem pod tym względem zdawały się zachodzić, a które, jak się okazuje, są pozorne tylko, gdy co do istoty rzeczy doszliśmy obaj zupełnie od siebie niezależnie do jednych i tych samych wyników.

Po opisie stosowania kokainy przechodzi autor do właściwego leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani. Zrazu, jak już wyżéj podano, używał do wypalań wrzodów kw. chromowego, potem kw. mlekowego, nie porzucając jednak i dawnego środka, który w pewnych razach za właściwszy uważa. Nie przypisuje Hering kwasowi mlekowemu działania swoistego, wyznaje, że nie zawsze on wystarcza, a w niektórych razach zbyt silną wywołuje reakcyję. Podnosi także, że wygojenia wrzodów krtani nie można uważać za wyleczenie radykalne, gdyż zazwyczaj towarzyszą suchotom krtani suchoty płucne. Najwięcéj skutku osiąga za pomocą kw. mlekowego przy wrzodach strun głosowych i nagłośni, mniej na więzadłach fałszywych i w przestrzeni międzynalewkowéj. Przy głębszych gruźliczych naciekach, wrzodach o brzegach przerosłych, wybujałéj ziarninie dna wrzodu, uważa działanie kwasu mlekowego za niedostateczne. Do pędzlowania używa pędzelka własnego pomysłu z waty, którym jednak nie tylko pędzluje, ale wciera we wrzody kwas mlekowy. Co do powtarzania tych zabiegów, każe czekać aż minie reakcyja i strupy wytworzone odpadną. Twierdzenie swoje ilustruje Hering szeregiem historyj chorób, w których przez konsekwentne nacierania wrzodów krtani kwasem mlekowym osiągnął zupełne ich zabliźnienie. Niektórzy z tych chorych żyją dotąd (do chwili wydania dzieła), mają się względnie dobrze, inni zmarli skutkiem suchot płucnych, bądź przy powrocie wrzodów gruźliczych krtani, bądź téż przy zupełném ich zabliźnieniu. Co do trwania wygojeń, pominąwszy przypadki krańcowe, jak 1—3 miesięcy z jednéj, $2^1/_2$ roku z drugiéj strony, wypada takowe oznaczyć na $^1/_2$ roku.

Następnie przechodzi Hering do właściwego chirurgicznego leczenia krtani w tych przypadkach, gdzie nacierania kw. mlekowym skutku nie odnoszą. Przedewszystkiem dotyczy to obrzęków, które wrzodom czasem towarzyszą, lub jako reakcyjne po wypalaniu występują, a wtedy czasem i niebezpieczne stać się mogą. Obrzęki takie nacina Hering głęboko kilku dość długiemi cięciami za pomocą nożyków niekrytych do różnych części krtani zastosowanych. U chorych, którzy chodzą potem po powietrzu, zadmuchuje następnie jodoform lub jodol, albo też wciera emulzyję jodoformową. Używa także płytszych a liczniejszych nacięć w nieowrzodziałe nacieki gruźlicze, w które następnie wciera kw. mlekowy- Drugą metodą chirurgiczną, któréj Hering w krtani używa, jest łyżeczkowanie, za pomocą którego usuwa on głębiéj sięgające nacieki, nie dające się usunąć za pomocą kwasu mlekowego, równie jak wyrośla lub przerosty tkaniny na brzegach wrzodów, wybujałą ziarninę itp. Łyżeczkowania w gruźlicy krtani pierwszy zaczął używać Hering, gdy nacieranie części obrzękłych poprzednio już zalecał Schmidt, a późniéj stosował je także i Sokołowski. Do łyżeczkowania używa Hering narzędzi własnego pomysłu, których dogodność i praktyczność z własnego doświadczenia potwierdzić muszę. Obok nich posługuje się jednak także ostremi szczypczykami, zwłaszcza do wybujałéj ziarniny. Łyżeczkowania używa głównie w przestrzeni międzynalewkowéj, lub na więzach fałszywych; w innych podatniejszych miejscach uważa kleszczyki ostre za odpowiedniejsze. W końcu zaznacza, że żadna metoda sama przez się nie jest wystarczającą i że najczęściéj u jednego chorego rozmaitych używać, czyli jedne drugiemi wspomagać należy. Następnie podaje szereg historyj chorób, gdzie uzyskał wyleczenie zmian krtani przez łyżeczkowanie obok innych wielu, jak wypalań kw. mlekowym, a nawet chromowym lub chlorkiem cynku. Obok tych przypadków podaje jeden wrzodu gruźliczego języka, a jeden wrzodu gruźliczego w nosie, które przez łyżeczkowanie do wygojenia doprowadził. Trwanie wygojeń wypadnie przeciętnie nieco mniéj oznaczyć niż $^1/_2$ do 1 roku. Sam autor przyznaje, że równie jak kwas mlekowy, tak też i chirurgiczne leczenie krtani nie zawsze prowadzi do celu. Tu też próbował on i innych metód, jak n. p. wstrzykiwań kwasu mlekowego, z razu 30%, późniéj 10%, osiągnął jednak pomiędzy 6 chorymi leczonymi tą metodą w jednym tylko przypadku wygojenie zmian gruźliczych. Następnie próbował zachęcony poszukiwaniami eksperymentalnemi Gosselina injekcyj miąższowych jodoformu w nacieki gruźlicze. Zrazu używał rozczynu eterycznego jodoformu do injekcyj, które się okazały bardzo bolesnemi; skutkiem tego przeszedł do wstrzykiwań zawiesiny z jodoformu w glicerynie w stosunku 1 : 9. (Ważném tu jest otrzymanie jodoformu w stanie dostatecznie miałkim, na co podaje przepis). W razie obecności zapalnych obrzęków, radzi je Hering poprzednio przez nacięcia usunąć. Wyniki téj metody ilustruje 4 historyjami chorób, z których wnosić można o skuteczności metody, jakkolwiek Hering przy jéj użyciu także łyżeczkowaniem lub wypalaniem kw. chromowym się posługiwał.

Zebrawszy w końcu wszystkie metody razem, okazuje się, że przez konsekwentne stosowanie miejscowego leczenia zmian gruźliczych krtani uzyskał Hering na 35 przypadków zabliźnienie czas jakiś trwające w 27, w dwóch zaś znaczną poprawę; wynik wcale zachęcający. Pomimo to kładzie autor nacisk na to, że wygojenie wrzodów gruźliczych

[1]) W uzupełnieniu mojem do Laryngoskopii z r. 1879 podaję ilość kokainy do 0·1 dla krtani, uważając to za maximum, zwykle jednak nie przekraczam 0·05. Wstrzykiwania do tylnéj ściany połyku wyjątkowo tylko są potrzebne; używałem ich dawniéj nie tyle z istotnéj potrzeby, ile w celu wypróbowania działań injekcyi i w tym kierunku. Dziś wreszcie używam prawie wyłącznie rozczynu 5%, gdy dawniej często 10% używałem.

krtani nie jest jeszcze wyleczeniem, które niestety z powodu zajęcia płuc zbyt rzadko miewa miejsce. To też omawia on w końcowym ustępie szczegółowo leczenie ogólne, tak klimatyczne, dietetyczne, ściśle lekarskie i zaleca je gorąco obok lokalnéj terapii. Nie będziemy szczegółowo tego rozdziału rozbierać, przyznać tylko musimy, że autor w nim treściwie przedstawia zasady leczenia suchót, podnosi jednak zarazem i ważność leczenia miejscowego zmian w krtani, które jakkolwiek przy ogólném leczeniu samoistnie wygoić się mogą, to jednak pod wpływem energicznego leczenia miejscowego goją się bez porównania częściéj, jak tego podane historyje chorób stanowczo dowodzą, jak to wreszcie i doświadczenie innych dziś potwierdza. (Dok. nast.)

Farmakologija.

Polyák (Görbersdorf): **O wartości wziewań kwasu fluorowodowego w gruźlicy.**

Po Garcinie i Seilerze zaleca gorąco Gager wdychiwania pary kwasu fluorowodowego w początkowym okresie gruźlicy płuc. Za zezwoleniem p. Brehmera przedsięwziął P. kilka prób w jego zakładzie. Robił on je na 5 chorych w jednym pokoju, a do wziewań używał przyrządu Sieberta we Wiedniu, zbudowanego na wzór przyrządu Gagera. Chorzy wziewali parę kwasu fluorowodowego codziennie przez godzinę. Rozpoczął od 30 gr. kwasu na 100 gr. wody, na każdém następném posiedzeniu dodawał 30 gr. Na podstawie własnych doświadczeń dochodzi do następujących wyników. We wszystkich przypadkach ilość prątków zwiększyła się w plwocinach. Cierpienie płuc zwiększyło się mimo wziewań w wszystkich przypadkach, w trzech naciek się rozszerzył, w dwóch przyszło do szybkiego zniszczenia płuc. W 4. przypadkach na wadze ciała ubywało, (do 3 klg.) w jednym tylko wykazano przybytek na wadze (0·5 klg.). W dwóch przypadkach, w których przed rozpoczęciem wziewań ciepłota ciała mało tylko była podwyższoną, wystąpiła stała dość wysoka gorączka, w jednym z nich, w którym już trzy tygodnie przed rozpoczęciem doświadczeń gorączka była ustąpiła, powróciła z chwilą rozpoczęcia doświadczeń. W jednym wystąpiły obfite poty nocne. Objętość wydechanego powietrza zmniejszyła się we wszystkich przypadkach. Wynika z tego, że należy z wdychiwaniami pary kwasu fluorowodowego być ostrożnym, tém bardziéj że w ostatnich czasach wykazano doświadczalnie, że wpływ jego na hodowle prątków gruźliczych jest nieznaczny. Wykazana odporność na gruźlicę u robotników, zajętych we fabrykach szkła lub kwasu fluorowodowego, zdaje się być tylko przypadkowe. P. nazywa wdychiwania pary kwasu fluorowodowego wprost szkodliwemi. (*Wiener med. Prssse* 1889 Nr. 5, 6 i 7). *Dr. Kraus.*

Jermakow: **O działaniu much medyjolańskich w niektórych przypadkach chorób nerwowych.** Autor podaje 6 przypadków chorobowych, w których stosował te muchy z bardzo dobrym skutkiem. Wskazania do ich używania są następujące: 1) Zależność napadów nerwowych od porażenia rdzenia przedłużonego i sąsiednich części. Do tych należą: bóle w okolicy nerwu potylicowego dużego, bicie serca, zawrót głowy, osłabienie przeważnie w odnogach górnych i zaburzenia narzędu wzrokowego. 2) Bolesność 1-go i 2-go kręgu szyjowego nie tylko przy uciskaniu, lecz i przy ruchach głowy, przeważnie zaś bolesność tylko jednego wyrostka poprzecznego kręgu po téj stronie, po któréj występują inne napady nerwowe. Przypadki autora należą do ostatniéj kategoryi. Muchy stosowano na miejsce bolesne, przyczém dla otrzymania dobrych skutków należy stosować muchy bardzo systematycznie i ciągle. Nieuwzględnianiem tego szczegółu tłumaczy autor ujemne rezultaty innych lekarzy w podobnych razach. (*Wracc.* 1899 r. Nr. 4). *A. W.*

(†) Dr. Giuseppe Calvelli leczy z dobrym skutkiem kwasem pikrynowym rozmaite rodzaje zapaleń skóry. Stosuje on nasycony roczczyn wodny kwasu pikrynowego, lub też roczczyny 45 grm. kwasu na 250° grm. wody. (*Gazetta degli Ospitali*).

Patologija.

Docent Sehrwald (Jena): **Jaki zachodzi stosunek między wydaleniem białka, a przyswajaniem go w przebiegu zapalenia nerek?**

W następstwie prac i najnowszych doświadczeń czynionych w klinikach dochodzimy do przekonania, że leki podawane w przebiegu zapalenia nerek, choć skutkują, nie spełniają należycie zadania, jakiego się po nich spodziewać należy. I wielu już dzisiaj mamy klinicystów, którzy choroby nerek leczą wyłącznie przez uregulowanie regime dyjetetycznego i higienicznego. Mimo, że w przebiegu zapaleń nerek głównie uwzględniamy ilość płynów doprowadzanych ustrojowi i wydalanych, a w drugim dopiero rzędzie ilość białka w moczu zawartego, to jednak zdaniem docenta S. to drugie jest daleko ważniejsze niż pierwsze. Przedsięwziął też w klinice prof. Rossbacha doświadczenia na odpowiednich chorych, podając im w różnych dniach różne pokarmy i płyny, a równocześnie badając dokładnie ilość moczu, jego ciężar gatunkowy i ilość białka w nim zawartą. W końcu swéj pracy dochodzi on do następujących wyników: Ilość moczu dzienna jest niezależna od ilości płynów przyjmowanych; im silniéj pracuje przybłonek ciałek nerkowych, tém więcéj przepuszczają białka; niedostateczny dowóz białka do ustroju powiększa białkomocz; ilość mocznika wydzielonego nie stoi w prostym stosunku do ilości białka w moczu się znajdującego. Ciepłota podwyższona wpływa o tyle niekorzystnie na ilość wydzielanego białka, że powiększa jego rozpad. W przebiegu zapalenia nerek zaleca się dyjeta, składająca się z średniéj ilości białka, wielkiéj ilości wodników węgla i tłuszczów. (*Münch. med. Woch.* 1888 Nr. 48 i 49). *Dr. Kraus.*

Choroby nerwowe.

Dejerine i Sollier: **Nowe badania nad zapaleniem nerwów rozsianem — tabes peripherica.**

Choroba ta, która tak żywo przypomina uwiąd rdzenia, różni się jednak od uwiądu między innemi i tém, że przedstawia przebieg ostry lub przyostry. Przypadek, który autorowie badali, odznaczał się przebiegiem nadzwyczaj powolnym. Pomijając szczegółowy opis tego przypadku, przez autorów podany, podniesiemy tylko co najważniejsze, że tyczył się on chorego, u którego przez piętnaście lat rozwijała się powoli niezborność ruchów i zboczenia w czuciu w odnogach dolnych. Chory nigdy nie miał do czynienia z ołowiem; niepewném jest, czy nie przebywał kiły, od długiego czasu oddawał się pijaństwu. Smierć z powodu zmian gruźliczych w płucach. Przy sekcyi znaleziono rdzeń zupełnie prawidłowy; nerwy obwodowe zaś, szczególnie dośrodkowe, przedstawiały wybitne zmiany, zmniejszające się od obwodu ku rdzeniowi. Zmiany te polegały po większej części na zwyrodnieniu i zaniku włókien nerwowych. (*Archives de Médecine experimentale* 1889 Nr. 2. str.241—266). *A. B.*

Choroby dzieci.

Oberländer: **Przyczynek do etyjologii i leczenia moczenia nocnego u chłopców.**

Tam gdzie znaczniejszych zaburzeń w rozwoju wykazać nie można, trzeba szukać przyczyny moczenia nocnego u chłopców i dziewcząt, tak samo jak w podobnych zmianach chorobowych u dorosłych, w odruchowych bodźcach z cewki moczowéj albo z jéj ujść. Za dowód na to twierdzenie mogą służyć świetne skutki osiągnięte w téj chorobie zapomocą obrzezania, rozdzielania zrosłych blaszek napletka lub rozszerzenia zbyt ciasnego ujścia zewnętrznego cewki. Podobne wady utworowe mogą się znachodzić też w innych miejscach cewki. Rzadkość moczenia nocnego u dorosłych tłómaczy się znaczną u nich siłą mięśniową. Zato u starszych tém częściéj występuje inny mimowolny akt, mianowicie częste pomazania nocne. W celu leczenia używa O. w takich przypadkach, w których innéj przyczyny wykazać nie można rozciągnięcia tylnéj części cewki za pomocą rozszerzadeł, jakich używa u dorosłych w ciężkich chorobach nerwowych, mających przyczynę w układzie mięśniowym pęcherza. (*Centralblatt f. Chirurgie* 1889 Nr. 2). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

Voparil (Travnik): **Przypadek ropnego zapalenia stawu w przebiegu kiły wtórorzędnéj.**

Podczas gdy jedni syfilidolodzy twierdzą, że w przebiegu kiły nie może występować ropne zapalenie stawu „na tle kiłowem“, inni twierdzą, że sprawa ta pojawia się, ale bardzo rzadko. Zauderer widział takich przypadków 6, Falk-

son opisał ich 4. Schüller twierdzi, że kiła może tylko surowicze zapalenie stawów wywołać. V. miał sposobność widzieć żołnierza, u którego równocześnie z wystąpieniem wysypki kiłowéj na całem ciele przyszło do ropnego zapalenia stawu łokciowego najpierw prawego, potem lewego. Po otwarciu stawów wymienionych, założeniu sączków i zwyczajnem przeciwgnilnem leczeniu, wyzdrowiał chory dopiero po 4½ miesiącach. V. żałuje, że z chwilą rozwinięcia się cierpienia stawowego przerwał wcierania szarą maścią, któreby były w tym przypadku niezawodnie dobre usługi oddały. (*Wiener med. Woch.* 1889 Nr. 5). *Dr. Kraus.*

Rozmaitości z praktyki lekarskiéj.

1) Ciała obce wydala się z nosa według Dra Dodda wprowadzając do wolnego otworu nosowego wydrążoną przysadkę z rurką kauczukową na 2 cm. długą i wdmuchując przez nią całą siłą powietrze atmosferyczne. Nasilenie prądu powietrza można wzmocnić, jeżeli otwór nosowy, w którym obce ciało tkwi, zaciśnie się palcem, a podczas wdymania nagle się odejmie. Całe postępowanie jest w każdym przypadku nieszkodliwe. (*Corr. Bl. f. Schw. Aerzte*).

2) Leczenie krztuśca za pomocą fenacetynu. Heimann spostrzegł u 3 dzieci zmniejszenie napadów kaszlu z 15 na 3 dziennie po użyciu fenacetynu w dawce 0·1, 3—4 razy dziennie. (*Münch. med. Woch.*).

3) Różę leczy Behrend przez energiczne zmywanie przestrzeni całéj zajętéj i zdrowéj na 2—3 cm. w około 90% wyskokiem trzy razy dziennie. (*Berl. kl. Woch.*).

Dr. Calvelli poleca z dobrym skutkiem leczenie *erysipelas, lymphangoitis*, jakoteż *eczema* za pomocą następującego roczczynu: Rp. *Ac. picrici* 1·5
Aq. dest. 150.0

M. D. S. 5—10 razy dziennie pędzlować. (*Wiener med. Woch.*).

4) Oparzenia za pomocą salolu leczą Fato i Cabatelli w następujący sposób: Miejsce oparzone obmywa się dokładnie, pęcherze wypróżnia i nakłada płatki płótna z maścią:
Lanolini 100·0
Saloli 3·0

Opatrunek zmienia się 2—3 razy dziennie. (*D. med. W.*)

5) Strzykawka, któréj igła ma otwór zapchany, może być oczyszczoną, jeżeli się ją na chwilę przez płomień przeciągnie. Jeżeli otwór zardzewiał, to należy wprzód oleju do igły wciągnąć, następnie ogrzać, a potem jeszcze wyskokiem przepłókać. Tak samo należy postąpić, jeżeli drut w igle zardzewiał. *W. J.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11 kwietnia. Pogrzeb protomedyka ś. p. Biesiadeckiego odbył się we Lwowie dnia 3 b. m. o godzinie wpół do 5-téj po południu przy ogromnym udziale publiczności, która pomimo pory słotnéj podążyła aż na cmentarz odległy od miasta. Pośród oddających ostatnią cześć powszechnie poważanemu i żałowanemu mężowi widziano najwyższych dygnitarzy jak: Namiestnika hr. Badeniego, Marszałka krajowego hr. Tarnowskiego, komenderującego jenerała ks. Würtemberskiego obok bardzo licznego pocztu urzędników, oficerów, lekarzy tak cywilnych jak wojskowych i reprezentantów wszystkich warstw społeczeństwa. Umyślnie na pogrzeb przybyli z Krakowa: proff. Rydygier, Madurowicz, Browicz, pierwszy jako reprezentant Uniw. Jagiell. i Wydziału lekarskiego, prym. Paszkowski, prezes i reprezentant Tow. lek. krakowskiego, nadto z prowincyi kilkudziesięciu lekarzy praktycznych i rządowych. Towarzystwo lekarskie warszawkie reprezentowali Drowie Krówczyński, Seifmann i Widman, poznańskie Dr. Merunowicz. Rodzina zmarłego i Tow. lekarzy galicyjskich otrzymały liczne telegramy kondolencyjne z Krakowa, Czerniowiec, Poznania, Warszawy, Wiednia i innych miast. Nad grobem przemówili: prof. Radziszewski ze Lwowa w imieniu Akademii Umiejętności, następnie prof. Rydygier w imieniu Uniw. Jagiell. i Wydziału lek., podnosząc głównie zasługi jego naukowe i prace, dokonywane w Krakowie wśród warunków trudnych, a które zjednały mu rozgłos nawet po zagranicami ojczyzny. „Przypominam sobie żywo, jaką radością i dumą napawało „mnie, młodego naówczas studenta szkół niemieckich, gdy profesorowie moi niemcy, z trudnością wymawiając nazwisko naszego „uczonego, wychwalali prace jego naukowe". Zakończył zaś przemówienie swoje prof. Rydygier następującemi słowy: „Jak niegdyś los zawistny pozbawił Uniwersytet Jagiell. znakomitéj jego „działalności, tak dziś przedwcześnie, bo w całéj sile męskiego „wieku, wyrwała go śmierć krajowi. Niegdyś opuszczającego Kraków żałowali Cię koledzy z ciężkiem sercem, ale przynajmniéj „z tą pociechą, że i nadal pracę swą poświęcać będziesz krajowi; „dziś niestety przychodzi nam pożegnać Cię, drogi Kolego, imieniem Uniwersytetu Jagiell. i jego Wydziału lek. na zawsze, ale „z têm zapewnieniem, że w pracach i pamięci naszéj nigdy żyć „nie przestaniesz, a Uniwersytet Jagiell. zaliczy Cię na zawsze „do najjaśniejszych swych gwiazd naukowych". — Po prof. Rydygierze zabrał głos prymaryjusz Dr. Paszkowski jako prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, oddając hołd nieboszczykowi jako b. prezesowi tego Towarzystwa i długoletniemu pracowitemu członkowi, oraz imieniem redakcyi Przeglądu Lekarskiego, którego ś. p. Biesiadecki przez lat kilka był stałym współpracownikiem, a zawsze życzliwym orędownikiem. „Jako „najzacniejszemu Opiekunowi funduszu dla wdów i sierót po lekarzach, funduszu wspólnego dla obydwóch Towarzystw krajowych, składam Ci cześć również od wdów i sierót biednych, „które z wdzięczną łzą w oku ślą czystą modlitwę na grób „Twój w skromnych a pięknych, w prostych a szczerych dwóch „słowach: Bóg zapłać!" Dotknąwszy się niepospolitéj pracy znakomitego Męża na polu nauki, na polu sanitarnem i lekarsko-społecznem, gdzie wszędzie znać było silną, pracowitą a poczciwą rękę jego, uczciwszy pamięć byłego obywatela i radzcy miasta Krakowa, skreślił zasługi uwielbianego swojego nauczyciela w obec uczniów, którzy podziwiali w nim mistrza, odsłaniającego im z łatwością metody badania, których sam nieraz był twórcą; podniósł szczególniej, że zmarły obok tego pozyskał sobie i posiadał miłość swych uczniów, w których sercach pozostawił wzór wyryty na zawsze, a dla potomności stworzył sobie tym wzorem *monumentum aere perennius*. Po Drze Paszkowskim przemówił jeszcze radzca sanitarny Dr. Krówczyński, imieniem Tow. lekarzy galicyjskich, a wreszcie weterynarz Kubicki, w imieniu zakładu weterynarskiego, który nieboszczykowi był swój zawdzięcza.

* Dn. 4 bm. odbył się w Poznaniu pogrzeb śp. Dr. Teofila Kaczorowskiego przy udziale bardzo licznie zebranej publiczności; na trumnie złożono liczne wieńce, między temi od „Towarzystwa Przyjaciół Nauk", od „Wydziału lekarskiego", od „Przyjaciół", od „Westy" itd. Nad trumną w imieniu lekarzy przemówił Dr. Święcicki. Żałujemy, że dla braku miejsca nie możemy podać streszczenia tej pięknej mowy: nie znamy jej zresztą w całości, ale po streszczeniu, którą podaje *Nowa Reforma*, sądzić możemy, że mowca należycie ocenił zasługi zmarłego. „Pod wiekiem tej trumny, zielenią okrytej, spoczywają zwłoki „lekarza, którego hasłem przez całe życie była miłość kraju „i miłość bliźniego." W kilku tych słowach trafnie mowca zebrał szlachetne dążenia pracowitego i zacnego żywota. „Jako przewodniczący Wydziału lekarskiego T. P. N. — najwyższy urząd, „jakim my lekarze rozporządzamy, odznaczał się rzadką sumiennością i wzorową pilnością." Po tem uznaniu zasług nieboszczyka jako przewodniczącego zakończył mowca wynurzeniem wiary, „iż ziemia na trumnę zasłużonego człowieka posypie się jak łzy matki, którą tak serdecznie kochał." Jeżeli inne dzielnice polskie i liczni przyjaciele i czciciele ś. p. Kaczorowskiego, którzy niezawodnie w jakikolwiek sposób byliby pospieszyli z oddaniem należnej czci zasługom zmarłego, na pogrzebie jaśnieli swoją nieobecnością, coby mylnie mogło być tłumaczone, pochodzi to tylko ztąd — powtarzamy — że jak o śmierci, tak o pogrzebie dowiedzieliśmy się dopiero po niewczasie i to z gazet politycznych. Przynajmniej redakcyja nasza i nikt z lekarzy tutejszych nie otrzymał zawiadomienia wprost z Poznania.

* Na wczorajszém posiedzeniu przed rozpoczęciem porządku dziennego i odczytaniem protokółu obecni, wezwani przez kol. Przewodniczącego, oddali cześć przez powstanie młodemu wcześnie zmarłemu koledze Tomaszowi Wojnarskiemu, oraz Kol. Teofilowi Kaczorowskiemu. Poczem odbyła się dalsza dyskussyja nad odczytem Kol. Gluzińskiego. Pierwszy zabrał głos Kol. Rosner, po nim Kol. Korczyński, Gluziński,

Zarewicz i przewodniczący. Następnie Kol. Korczyński przedstawił Towarzystwu czekoladę wyrobu p. Tretera we Lwowie, oraz piwo słodowe wyrobu aptekarza p. Konstantego Wiszniewskiego, uznane przez komisyję przemysłową za polecenia godne. Następnie Kol. Bossowski przedstawia chorego z kliniki prof. Rydygiera, u którego wykonał autoplastykę metodą Maasa na ubytku na szczycie kikuta po wykonanéj amputacyi kolistéj. Poczem Kol. Mars przedstawia miednicę skośną powstałą po złamaniu. Daléj Kol. Łazarski przedstawił wina lecznicze, a mianowicie z chiną i żelazem, z żelazem, z rzewniem, pepsyną, peptyną i chiną, wyrobu p. Kalickiego, aptekarza w Przemyślu, które komisya przemysłowa uznała za polecenia godne. W końcu Kol. Mars mówi o nowym sposobie wydobycia płodu za pośladki. W dyskusyji przemówił kol. Braun.

* W sprawie budowy zakładu patologicznego w Krakowie na gruntach szpitala św. Łazarza odbyła się komisya. Wzięli w niej udział z ramienia Namiestnictwa p. delegat Kuczkowski, p. nadinżynier Sare, prezes komitetu szpitala św. Łazarza Dr. Weigel, dyrektor szpitala Dr. Harajewicz, prof. anatomii patologicznej Dr. Browicz i architekt Zaremba. Granice gruntu pod budowę zostały wczoraj dokładnie oznaczone. Plany są już gotowe i razem z protokółem komisyi przesłane zostaną Namiestnictwu, które przeprowadzi porozumienie z Wydziałem krajowym, a wreszcie przedłożone będą Ministerstwu. Z przyjemnością notujemy ten krok, posuwający naprzód sprawę budowy tak potrzebnego zakładu.

* Komisyja wodociągowa odbyła niedawno posiedzenie pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego. Na posiedzeniu tém ukończono dyskusyję nad referatem r. m. prof. Dra Domańskiego i uchwalono następujące wnioski: 1) Rada m. uchwala budowę wodociągu regulickiego kosztem 2,500.000 złr. nieprzenoszącym. 2) Komisyja wodociągowa obmyśli i przedstawi Radzie miasta sposób uzyskania funduszów potrzebnych na budowę, amortyzacyję, administracyję i utrzymanie wodociągu regulickiego. 3) Poleca się komisyji wodociągowéj przedłożyć niezwłocznie Radzie miasta projekt przeprowadzenia budowy wodociągów. Najbardziéj ożywiona dyskusya wywiązała się nad rozdziałem VIII., traktującym o kosztach budowy i utrzymania wodociągu, a zarazem i o sposobach ich pokrycia. Sprawozdawca, biorąc za podstawę kwotę dwa i pół miliona złr., jako sumę najwyższą, za którą nawet przedsiębiorcy ofiarują się pomienione wodociągi wybudować, przystępuje do obliczenia kwoty, jakaby się rocznie na amortyzacyję i pokrycie innych kosztów okazała potrzebną — a która jest następującą: 1) oprocentowanie i amortyzacyja kosztów budowy od $2^1/_2$ miliona złr. po 4.5% wyniesie 112.500 złr.; 2) administracya 16.200 złr.; 3) utrzymanie wodociągów w dobrym stanie 25.000 złr., czyli że potrzeba będzie w pierwszych latach rocznie sumy złr. 153.700, jeżeliby zaś zaciągnięto pożyczkę w Zakładzie kredytowym ziemskim w Wiedniu na 5.5% na 50 lat, to suma ta wynosiłaby rocznie 178.700 złr., któraby się następnie oczywiście rokrocznie zmniejszała. Taki wydatek musiałoby miasto w danym razie ponieść i nad obmyśleniem sposobu pokrycia go zawczasu się zastanowić. Do proponowanych przez sprawozdawcę źródeł dochodu dołączył jeszcze Prezydent swój własny projekt na uzyskanie potrzebnych w tym celu funduszów.

* Dr. Kuryś, wychowaniec tutejszego Uniw., następnie asystent Dr. Friedmanna w Voesslau-Gainfarn, a od zeszłego roku kierownik zakładu wodoleczniczego w Eichwald koło Cieplic czeskich, objął zakład ten w dzierżawę, pozostając nadal jego lekarskim kierownikiem.

* Idąc za przykładem Dr. Wicherkiewicza w Poznaniu, Dr. Skudro urządził w Mohylowie Podolskim lecznicę dla chorych na oczy. Poparty przez 5 dobrodziejów, rozpoczął śmiało, a jakkolwiek z końcem pierwszego roku miał przeszło 300 rubli niedoboru, nie opuszcza rąk i tuszy sobie, że zakład się utrzyma. W ciągu roku leczonych było ambulatoryjnie 251, a stale osób 27: operacyj ocznych wykonano przeszło 100. W każdym razie uznania godną jest zabiegliwość Dr. Skudry, dowodząca, że przy silnej woli i w trudnych warunkach korzystnie działać można.

* Otrzymaliśmy prospekt „Przewodnika higijenicznego“, organu Tow. opieki zdrowia w Krakowie, czasopisma poświęconego żywotnym sprawom zdrowia prywatnego i publicznego, mającego wychodzić w Krakowie na mocy uchwały Tow. opieki zdrowia, raz na miesiąc, w objętości przynajmniéj jednego arkusza, pod redakcyją Dr. B. Lutostańskiego. Prenumeratę (dla Galicyi rocznie 3 złr., dla Królestwa 3 ruble, dla Niemiec 5 marek, Francyi 7 franków, dla nauczycieli szkół ludowych 1 złr.) przyjmuje podskarbi Tow. prof. Dr. Pieniążek (ulica Bracka, Nr. 10.) Nowo powstające czasopismo witamy serdecznie jako wymowny objaw żywotności młodego Towarzystwa.

(†) **Rosyja.** W Woroneżu otwarto przy szpitalu miejskim pracownię dla badań mikroskopowych i bakteryjologicznych oraz dla rozbiorów jakościowych wydzielin i wydalin chorych. (*Wracz*, 1889 r. Nr. 8).

Ziemstwo Charkowskie ma zamiar urządzenia bibliotek przy wszystkich szpitalach ziemskich. Inicyjatywa należy w zupełności do lekarzy.

W Kazańskiéj gubernii porodziła W. M. 27 lutego pięcioro dzieci płci męskiéj. Z tych 5-ty już się urodził nieżywym, 4-ty wkrótce umarł, a troje żyją dotychczas i są zupełnie zdrowi, jak również i ich matka, kobieta średnich lat. Wszystkich dzieci ma M. ośmioro.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Rektorem uniwersytetu w miejsce prof. Süssa wybrany został prof. fizyki Lang. Prof. baron Krafft-Ebing z Gracu mianowany został zwyczajnym profesorem psychijatryi w miejsce Leidesdorfa. Prof. baron Rokitansky otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. — **Tomsk.** Profesorem fizyjologii mianowany został Dr. zoologii Weliki, b. asystent prof. Owssjannikowa. — **Kijów.** Docent Pawłowski z Petersburga mianowany nadzw. prof. chirurgii szczegółowéj. — **Petersburg.** Dr. Dobrokłoński habilitował się jako docent medycyny wewn. w Akademii woj. lek.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł chemik Chevreuil, który doczekał się niezwykłego wieku lat 103, w Berlinie jeneralny lekarz sztabowy Dr. Lauer, były lekarz przyboczny cesarza Wilhelma 1-go, w 81 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W Gazecie Lek. Nr. 14: Szadka: O zastosowaniu jodolu w chorobach wenerycznych; Borsuka: Przyczynek do leczenia operacyjnego sposobem Thierscha owrzodzeń goleni. — *W Medycynie* Nr. 14: Stankiewicza: O cięciu zewn. cewki moczowéj przy zwężeniach téjże (dok.) — *W Wiadomościach Lek.* Nr. 8: Rumszewicza: O zespoleniach tylnych naczyń rzęskowych z naczyniami układu nerwu wzrokowego i siatkowego; Stachiewicza: Rokowanie w gruźlicy płuc (dok.) — *W Nowinach Lekar.* Nr. 4: Dembińskiego: leczenie kiły za pom. podsk. wstrzykiwań przetw. rtęciowych; Obalińskiego i Jaworskiego: zejście przypadku ogłoszonego w Nr. 1; Misiewicza: Poszukiwania nad inerwacyją nerki (c. d.); Smoleńskiego: Hydroterapia chorób rdzenia p. (dok.); Szadka: Stosowanie kw. salicyl. w praktyce dermat. i syfil.

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. WINAWER: O zastosowaniu mięsienia w chorob. kobiecych podług metody Thure Brandta, Warszawa 1889. (Odbitka z *Kron. Lek.*) w 8-ce str. 107. — Docent GLUZIŃSKI: O powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki. (Odbitka z *Przeg. Lek.*) 1889, w 8-ce str. 10. — Tenże: Przyczynek do patologii układu mięśniowego. (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1889) in 8-vo str. 12. — Tenże: Ueber die phys. u. klin. Wirkung d. schwefelsauren Spartein. (Odbitka z *D. Archiv f. klin. Med.*) in 8-ce str. 18. — Dr. KLUCZENKO (w Suczawie); Ein Beitrag z. Varicellenfrage. (Odbitka z *Oestr. Sanitätsbeamte* 1889) in 8-vo str. 13. — Prof. OBALIŃSKI: Ueber d. secundären d. i. u. Eingriffen a. Peritonäum auftret. Darmverschliessungen (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1889) in 8-vo str. 14. — Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ocznych chorych w Mohylowie-Podolskim, skreślił Dr. Skudro, za r. 1888, Mohylów-Podolski 1889 in 8-vo str. 13.

Do Nru dzisiejszego dołącza się zawiadomienie: **„Cieplice Trenczyńskie (Trencsin-Teplitz).“**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 20 Kwietnia 1889. Nr. 16.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopisma zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O poronnem leczeniu kiły

napisał

Dr. Z. Krówczyński we Lwowie.

Trudności napotykane w leczeniu chorób zakaźnych w ogólności a przedewszystkiem kiły znacznie umniejszyłyby się, gdyby wynaleziono sposób niezawodny niszczenia choroby z chwilą jéj okazania się. Pozornie zdawałoby się, że najłatwiéj powinno się zapobiedz chorobie, któréj sposób powstawania i przenoszenia się jak w kile dokładnie znamy. Tymczasem ani przez państwa używane sposoby, zasadzające się na uregulowaniu prostytucyi, ani środki zalecane dla indywidualnéj ochrony nie wydają pożądanych rezultatów, ani wielkiéj donioslości odkrycia bakterjologiczne przynajmniéj przy dzisiejszym stanie nie ułatwiają zapobieżenia kile. A myśl zniszczenia choroby z chwilą jéj okazania się była dawno podjętą, jak świadczy historyja. Już bowiem Jan de Vigo (1508) a po nim Blegny (1696) a późniéj John Hunter (1787) zalecali niszczenie pierwotnego objawu kiły za pomocą kauteryzacyi a ostatni za pomocą wycięcia; zamięszanie jednak pojęć co do istoty choroby i błędne poglądy teoretyczne były powodem, że porzucono proponowany sposób leczenia, mający na celu zapobiedz uogólnieniu się choroby — nie zwrócono nawet uwagi, że Ricord (1847) zalecał tak wypalenie jako też wycięcie nawet po dokonanem przez siebie wyróżnieniu szankrów miękkich od pierwotnych objawów kiły, zwanych szankrami twardemi i dopiero rzecz podjęta na nowo przez Huntera (1867) zainteresowała badaczy i znalazła bardzo wielu naśladowców. W téj chwili z mniejszym lub większym zapałem robiono wszędzie doświadczenia, w których nam Polakom przypada także poważny udział, jak świadczy szereg imion lekarzy, podanych w porządku chronologicznym podjętych doświadczeń: Rydygier, Klink, Krówczyński, Zarewicz (1879, 1884) Chądzyński (1880) Danek i Watraszewski (1884); wielka zaś część zasługi przypada Auspitzowi (1877), że nietylko Niemców, ale i lekarzy wszystkich narodowości zachęcił do podjęcia doświadczeń. Nie będę wyliczał całego długiego szeregu lekarzy, którzy za przykładem Auspitza wycinali pierwotne objawy kiły w celu jéj zapobieżenia, ani nie będę podawał szczegółowo rezultatów osiągniętych, zaznaczę tylko, że każdego wtajemniczonego w wyniki doświadczeń zadziwić musi, iż sprawa poronnego leczenia kiły za pomocą wycinania znalazła wielu zwolenników w Niemczech, a przeciwników we Francyi. Jeżeli kwestyję tylekrotnie omawianą jeszcze raz przypominam, czynię to dlatego, że w ostatnich chwilach pojawiły się dwie poważne prace, z których jedna jest odbiciem poglądów Neissera[1]) i przeważnéj liczby lekarzy niemieckich, druga przeważnie badaczy francuskich, któréj autorem jest znakomity patolog M. Cornil[2]), a wyniki obu tych prac są wręcz przeciwne, gdy bowiem Böhm radzi we wszystkich przypadkach, gdzie to tylko możliwe, przedsiębrać wycinania, albowiem „teoretycznie i naukowo uzasadniona możliwość, że przez miejscowe traktowanie pierwotnego objawu kiły uogólnieniu (*Constitutionell werden*) się kiły można zapobiedz, na drodze doświadczalnéj jest stwierdzoną". Cornil uważa wycinanie mające na celu zapobiedz kile jako nieużyteczne, a nawet szkodliwe, jeśli przez to opóźnia podanie rtęci. Do takich rezultatów dochodzą powyżéj wymienieni autorowie, z których pierwszy uwzględnia wszystkie dotąd znane przypadki w liczbie 672, ale wnioski wysnówa z 588 przypadków, z których 139 było dodatnim rezultatem uwieńczonych czyli takich, w których wycięcie uchroniło od uogólnienia się kiły, a w 446 był wynik ujemny lub objawy ogólnéj kiły wystąpiły. Na tychże samych przypadkach uwzględniając 446 przypadków opiera swoje zdanie Cornil przytaczając, że według podania

[1]) *Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose Inaugural Dissertation von J. Böhm* 1886. [2]) *Rapport sur le memoire adressé au réponse à la question suivante: Preciser par une série d'observation, s'il existe un traitement abortif de la Syphilis confirmée, Prix Herpin. Academie de médecine* 9 *novembre* 1886.

robiących powyższe doświadczenia z wycinaniem miało być 105 z wynikiem dodatnim a 339 z ujemnym. Jakże wytłumaczyć tę sprzeczność we wnioskach z tychże samych doświadczeń wyciągniętych? Böhm w odpowiedzi przeciwnikom wycinania nie przeczy, że między przypadkami z dodatnim wynikiem znajdują się także przypadki, w których obserwacyja nie była zbyt dokładna i za krótko trwała, jako też takie, o których wątpić można, czy były zapowiedzią mającéj się wytworzyć kiły. Zupełnie się godzi, że nawet badania mikroskopowe, gdyby były w każdym przypadku z pozytywnym rezultacie wykonane, stanowczo kwestyi, czy wycinano objawy pierwotnéj kiły, nierozwiązywałyby — nie śmie jednak wątpić, że w ogłoszonych przypadkach niewątpliwie jest pewna ilość, chociażby znacznie mniejsza, niż ją cyfra 139 wykazuje, takich przypadków, w których wycinano niewątpliwie pierwotne objawy kiły z powodzeniem, to jest, że po wycięciu do wytworzenia się zmian objawów ogólnéj kiły nie przyszło. Cornil z wszelką słusznością żąda, aby przedewszystkiem nie ulegało wątpliwości rozpoznanie, aby obserwacyja co do objawów ogólnéj kiły była dostateczna, jednem słowem żąda, aby przypadki z dodatnim rezultatem wytrzymały najostrzejszą krytykę. Niestety słusznemu żądaniu Cornila nie czynią zadość nawet przypadki przez najpoważniejszych badaczy ogłoszone, jak to zaraz będziemy starali się przykładem stwierdzić, a grzeszny pośpiech, właściwy czynnościom naszego wieku, a dający się wytłumaczyć, jest widoczny w wielu ogłoszonych doświadczeniach. Przytoczmy kilka przykładów z Auspitza. W trzecim przypadku Auspitza a pierwszym z dodatnim rezultatem, opowiada A., że zaraz na drugi dzień po spółkowaniu spostrzegł chory rankę, nadżerek, który w biegu 14 dni nie zagoił się a 17 dnia, gdy A. pierwszy raz chorego badał, był podłużny wrzód wielkości grochu na wewnętrznéj powierzchni napletka, stożkowaty z brzegiem nie ostrociętym szarą wypociną obłożonym, który mało ropy wydzielał. Podstawa owrzodzenia była miernie naciekła, niedokładnie ograniczona, grubość połowy grochu [1]). Gruczoły mało obrzmiałe, nie bolesne. Nie ulega wątpliwości, że powstanie nadżerk, natychmiast po spółkowaniu, który nie tylko nie zagoił się, lecz zmienił się w podłużne owrzodzenie o podstawie miernie naciekłéj, niedokładnie ograniczonéj, któremu towarzyszyły mało obrzmiałe gruczoły pachwinowe, nie odpowiada typowi codziennemu pierwotnego objawu — i stanowczego dowodu zupełnie brakuje, że rzeczywiście wycięto wrzód twardy, syfilityczny objaw. Nie jest wolnym od zarzutu drugi przypadek wycięcia z pomyślnym skutkiem, w którym wprawdzie był wrzód o chrząstkowatem stwardnieniu brzegów i podstawy, która mogła powstać z powodu drażnienia przez spółkowanie w czasie już istniejącego owrzodzenia, którego dokonał chory na trzy dni przed zgłoszeniem się do Auspitza, a co, jak mnie własne doświadczenie poucza, bardzo często się zdarza po każdém drażnieniu zwykłych owrzodzeń a szczególnie po spółkowaniu. Łatwo uczynić zarzut trzeciemu przypadkowi wycięcia z dodatnim rezultatem, który umieścił pod l. 8; w tym bowiem przypadku było owrzodzenie z brzegami chrząstkowatemi, nad powierzchnię przerosłemi, a ta postać pierwotnych objawów kiły jest bardzo wyjątkową, zaszły w tym przypadku bardzo krótko, bo $4^1/_2$ miesięcy trwała obserwacyja. W 4-tym przypadku wycięcia z dodatnim skutkiem opisanym pod l. 9 bynajmniéj charakter owrzodzenia bez stwardnienia nie odpowiada znamionom pierwotnego objawu kiły a wytworzone na wolnym brzegu napletka stwardnienie pod owrzodzeniem zdarza się właśnie skutkiem drażnienia szczególnie, gdy siedziba owrzodzeń jest na wolnym brzegu napletku; tenże sam zarzut można zrobić następnym przypadkom ogłoszonym pod l. 10 i 12, 15, 17. W przypadku 19 opis nie przemawia za pierwotnym objawem a stwardnienie lejkowatych owrzodzeń miękkich bywa rzeczą powszednią — zapewnienie pisemne stróża domowego za krótko pod obserwacyją lekarską pozostającego, że nie miał objawów ogólnéj kiły, nikogo przekonać nie powinno, równie jak w 22 i 23 przypadku, w którym 37-dniowa i 6-miesięczna obserwacyja jest najcięższym choć nie jedynym zarzutem. Przypadkowi ogłoszonemu pod l. 24 słusznie zrobić można zarzut, że stwardnienie było następstwem trzyrazowego lapisowania dokonanego przez pacyjenta. W 25 pominąjąc zarzut za krótkiéj obserwacyi możnaby stwardnienie owrzodzenia wytłumaczyć jego siedzibą. W 29 trwała obserwacyja tylko 16 tygodni, w 31 tylko $4^1/_2$ miesiąca, w 32 tylko 3 miesięcy a w 33 tylko dziewięć tygodni.

Oto wszystkie przypadki ogłoszone przez Auspitza, w których rezultat po wycięciu miał być dodatni. Nieopieram się bynajmniéj twierdzeniu, że wytłumaczenie podane przezemnie ma wyłączne prawo do prawdy, ale każdy nie uprzedzony musi przyznać, że powyżéj przytoczone przypadki nie wytrzymują krytyki i nie stwierdzają stanowczo bez wszelkiéj wątpliwości, że wycinano faktycznie pierwotne objawy, po których zazwyczaj występują późniéj objawy ogólnéj kiły. To cośmy powiedzieli o przypadkach ogłoszonych przez Auspitza, da się niestety powiedzieć prawie o wszystkich ogłoszonych przypadkach, dlatego też żądanie Cornila co do niezbitéj pewności rozpoznania jest zupełnie słuszne.

Ponieważ niektórzy lekarze powitali doświadczenia Bumma wycinającego nie tylko pierwotne objawy kiły, ale równocześnie gruczoły pachwinowe, których powiększenie jak wiadomo jest najstalszém zjawiskiem, dlatego poddamy krytyce doświadczenia i rezultaty otrzymane przez Bumma [1]). Jak wiadomo na 7 przypadków, których historyja w krótkości podaje, otrzymać miał Bumm w dwóch przypadkach rezultat dodatni a mianowicie w przypadku oznaczonym l. III. i II. Co do pierwszego dodatniego przypadku z całą słusznością zarzucić można, że on nie jest przekonywający, a zapalenie migdałków w sierpniu występujące w 4 miesięcy po zarażeniu i stawianie się chorego co trzy tygodnie do skontrolowania stanu, są to słabe strony przytoczonej obserwacyi. Mam prawo powątpiewać o dodatnim rezultacie, obserwowałem sam bowiem przypadek bardzo podobny, a tém się różniący, że wyciąłem owrzodzenia przed zajęciem gruczołów, a w dalszym biegu obserwowałem powiększenie migdałków i wysypkę plamistą; zaledwie stwierdzić się dającą, która literalnie tylko 3 dni trwała.

Późniéj podam w krótkości historyję tego przypadku. Co do przypadku z dodatnim rezultatem operowanego a pod l. 5 umieszczonego muszę zauważyć, że doświadczenia u kobiet zawsze są mniéj przekonywające. Przypadek ten dotyczy służącéj, która zgłosiła się 25 czerwca 1881 do obserwacyi. Po lewéj stronie — pisze Bumm — na błonie śluzowéj wejścia do pochwy, częściowo jeszcze wargę mniejszą zajmując, znajduje się powierzchowne owrzodzenie, łyszcząco-czerwone za dotykiem wyraźnie stwardniałe. Powyżéj na téj

[1]) *Die Basis des Geschwürcs liess eine mässige nicht deutlich umschriebene Härte von der Dicke einer halben Erbse wahrnehmen.*

[1]) *Zur Frage der Schanker Excision. Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syphilis.*

samej wardze znajduje się drugie wielkości soczewicy owrzodzenie chrząstkowato twarde; wejście do pochwy nieco zapalno zaczerwienione, błona dziewicza jeszcze zupełnie utrzymana. Z cewki wypływa w znacznéj ilości zielonawa ropa, w któréj liczne mikrokoki Neissera stwierdzono. W lewéj pachwinie wysuwa się gruczoł wielkości jaja gołębia połączony z drugim mniejszym, oba przesuwać się dają i są niebolesne. Przytoczyłem dosłownie, jak Bumm podaje historyję choroby, aby zwrócić uwagę, że podobne przypadki, w których powierzchowne owrzodzenia na wargach się znajdują, wywołane nadżarciem ropy obok obrzęku gruczołów, będącego następstwem nadżerka, nie należą do rzadkich u skrofulicznych. A gdyby moje przypuszczenie było prawdziwe, w takim razie byłoby rzeczą zupełnie wytłumaczoną, że w tym przypadku objawów kiły w dalszym przebiegu nie było, albowiem owrzodzenia nie były kilowe. Powtarzam jednak, że bynajmniéj nie opieram się, aby moje przypuszczenie było prawdziwe, podaję je tylko dlatego, aby usprawiedliwić podania przeciwników wycinań, zarzucających, iż dotychczasowe obserwacyje w sprawie wycinań szczególnie niektórych zwolenników nie są przekonywające. Wycinanie gruczołów wraz z owrzodzeniem pierwotnem kiły, zdaniem mojem nie miałoby racyji nawet w takim razie, gdyby ta operacyja była bardzo łatwą i bez wszelkiego niebezpieczeństwa, bo niewiemy, czy w chwili zajęcia gruczołów nie krąży już przyrzut we krwi, czy nie znajduje się on w gruczołach pozornie nie powiększonych, a dodawszy do tego następnie stwierdzone spostrzeżenie Fourniera, że gruczoły pachwinowe i miednicowe bywają zajęte między 6 a 9 dniem po zarażeniu, trudno być zwolennikiem wycinań wraz z owrzodzeniem kiłowem gruczołów, gdy niezbitych spostrzeżeń na korzyść tego rękoczynu przytoczyć nie można. Mimo to zdaje mi się niesłusznem jest zasądzać już dzisiaj, że wycinanie pierwotnych owrzodzeń kiły zawsze jest niekorzystne a nawet może być niebezpieczne. Ponieważ przypadki obserwowane przezemnie odpowiadają żądaniom, jakie Fournier [1]) słusznie stawia, jeśli spostrzeżenia mają być przekonywające, przeto podam kilka historyj chorób w krótkości. Fournier żąda: 1) potrzebę konfrontacyi, 2) wzmiankę o wylęganiu się choroby od 3—7 tygodni, 3) stwierdzenia, że w przypadkach wycięć nie poprzedzała ani wrodzona ani przebyta kiła i 4) obserwacyi trwającéj co najmniéj sześć miesięcy. Z wyjątkiem drugiego żądania odpowiadają wszystkim wymaganiom stawianym przez Fourniera przypadki, które poniżéj podaję, ale już tutaj zauważyć muszę, że we wszystkich przypadkach, w których otrzymywałem rezultat dodatni po wycięciach, wylęganie owrzodzenia trwało znacznie króciéj, niż Fournier żąda i w tém krótko trwającém wylęganiu byłbym skłonny upatrywać przyczynę dodatnich rezultatów, któreto zapatrywania i Haslund wygłasza [2]). Jedyny przypadek ogłoszony przez Berkeleya Hilla osłabia to przypuszczenie, jeśli jednak zważymy, że w tym przypadku zarażenie powstało przez przerwanie wiązadełka żołędziowo-napletkowo, to chociaż wypalenie podejrzanéj ranki nastąpiło w 11½ godzin po spółkowaniu, przyjaznemi warunkami dla przyrzutu możnaby wytłumaczyć, że mimo wypalenia nadżartéj powierzchni kwasem azotowym powstały objawy ogólnéj kiły. Natomiast nie osłabiają mego przypuszczenia przypadki natychmiastowego wycięcia pierwotnego objawu, których wylęganie trwało 2—3 i więcéj tygodni. Zanim podam historyje chorobowe, muszę przypomnieć, jak tłumaczy Bockhardt nieokazywanie się objawów ogólnych kiły po wycięciach pierwotnych objawów. Zdaniem jego te przypadki dają dodatni rezultat, w których kila rozpoczynała się od mięszanego owrzodzenia (*Gemischter Schanker*), gdy zaś rozpoczynała się od grudki (Pappel), rezultat był ujemny. Może to tłumaczenie jest prawdziwe, może rzeczywiście ciałka białe u podstawy owrzodzenia się znajdujące utrudniają wessanie przyrzutu; moje spostrzeżenia upoważniają mnie do twierdzenia, że objawom ogólnéj kiły można nawet w takich razach zapobiedz, gdy pierwotny objaw kiły występuje nie pod postacią mięszanego owrzodzenia, lecz w postaci grudki. (Dok. n.)

[1]) *Du traitement abortif de la Syphilis. Leçons clinique et revue générale par Morel-Lavallée.-Gaz. des hôp. Nr.* 72, 116, 1888. — [2]) *Contribution a la solution de la Question: Quand la Syphilis devient-elle constitutionelle?*

II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Docent Dr. Rudolf Trzebicky.

I.

W sprawie przepuklin ściennych.

Kwestyja przepuklin ściennych, zawierających jako jedyną treść część ściany jelita, należy dotąd jeszcze do rzędu nierozstrzygniętych stanowczo zagadnień herniologicznych. Podczas gdy część chirurgów o ich obecności wcale nie powątpiewa, inni nie mniéj doświadczeni i sumienni badacze z większą lub mniejszą stanowczością istnieniu tychże zaprzeczają. Po znacznéj części przyczyniła się do pogmatwania téj kwestyi także i niedostateczna skrupulatność w terminologii. Dość powszechnie bowiem jest w zwyczaju zwać wszystkie przepukliny, nie obejmujące całej pętli, tylko część téjże, przepukliną Littrégo bez względu na to, czy treść przepukliny stanowi część ściany jelita, zresztą zupełnie normalnego, czy téż może uwięźnięciu uległ wrodzony uchyłek jelita qiodrowego (Meckela). Biorąc rzecz ściśle ze stanowiska historyi, przyznać trzeba, że nazwa ta należy się wyłącznie tylko ostatniéj kategoryi przepuklin, gdyż w obydwu przypadkach obserwowanych przez Littrégo w roku 1699 (*Observation sur une nouvelle espèce de Hernie*) uchyłek odpowiadający według opisu zupełnie uchyłkowi Meckela, stanowił treść worka przepuklinowego. Przepukliny zaś zawierające tylko część ściany jelita prawidłowego dokładnie dopiero opisał G. A. Richter w rozprawie „*Von den kleinen Brüchen*“ z r. 1785. To téż zupełnie słusznie np. Trèves w swéj rozprawie (*Richter's hernia or partial enterocele*, M. ch. Trans. 1887) z konsekwencyją pisze o przepuklinach Richtera w przeciwstawieniu do przepuklin Littrégo.

Co do téj drugiéj kategoryi hernii (*Darmanhangsbruch*) wydarzającéj się zresztą względnie rzadko, nie ozwały się dotąd głosy protestujące, podające ich istnienie w wątpliwość. Przepuklinom ściennym Richtera (*Darmwandbruch*) jednakże zaprzeczył stanowczo zmarły niedawno Roser w całym szeregu rozpraw (*Handbuch der anatomischen Chirurgie* 1872 str. 349 — *Herniologische Streitfragen* 1887 str. 13 — *Ueber Darmwandbrüche*, (Arch. fr. klin. Chir. T. 34 str. 345), twierdząc, że nie podobna pojąć, w jaki sposób część gładkiego, elastycznego i śliskiego jelita bez poprzedniego przymocowania mogłaby uledz uwięźnięciu, zwłaszcza, że przy doświadczeniach przedsiębranych zarówno na jelitach żyjących jak i trupich nie udało się odtworzyć stosunków podobnych. Każda bowiem boczna podwiązka założona na ścianach jelita spłozi się, jeżeli nie jest całkiem mocno, tak jak np. w celu zatamowania krwotoku, założoną. Przypuszcza on li tylko wtedy istnienie przepuklin ściennych, jeżeli poprzednio wytworzyły się zrosty między jelitem a workiem przepuklinowym. Wszystkie inne obserwacyje uważa Roser za mylne i złudne, tłomaczące się tém, że w obec krótkiéj pętli leżącéj w kanale przepuklinowym strona odpowiadająca przyczepieniu krézki, zwrócona ku wewnątrz

i pokryta wypukłą stroną jelita, staje się zupełnie niewidoczną. Zdanie Rosera przyjęło wielu poważnych chirurgów. I tak n. p. König w swym znanym podręczniku przyznaje się otwarcie do tego zapatrywania. Inni znów jak n. p. B. Schmidt (*Unterleibsbrüche* w chirurgii Pithy i Billrotha T. III., II. O. 3Z. str. 32) zajmują stanowisko mniéj stanowcze, przecząc tylko, jakoby się zdarzały tego rodzaju przepukliny nieuwięźnięte. Nie brak jednakże wcale chirurgów, którym argumenta Rosera do przekonania nie przemówiły i którzy czy to na podstawie poszczególnych właśnie w kierunku przez Rosera kwestyjonowanym nader dokładnie i skrupulatnie badanych przypadków, czy też na podstawie rozleglejszego materyjału oświadczyli się stanowczo za istnieniem przepuklin ściennych. Wspomnę tu tylko o rozprawach Madelunga (*Hernia cruralis lateralis incarcerata D. Zeitschrift* fr. Chir. T. 6 str. 535), Lorenza (*Ueber Darmwandbrüche*, Wiedeń 1883), Trèvesa (l. c.) Reichla (*Die Lehre von der Brucheinklemmung*, Stuttgart 1886), Lauensteina (*Zur Frage der Existenz der ac. Darmwandeinklemmung, D. med. Wochenschrift*, 1888 Nr. 44), Rosenbergera (*Ein Vorschlag zur Behandlung gangränescirender Darmwandbrüche*, Lipsk 1887), Burckhardta (*Zur Casuistik und Therapie gangränöser Darmwandbrüche, Correspblatt fr. Sch. Ae.* 1887 Nr. 19) i wielu innych. Najdokładniejszą monografią dotyczącą tego przedmiotu zawdzięczamy Lorenzowi, który na podstawie zarówno własnych jak i obcych obserwacyj, protokółów 1-széj kliniki chirurgicznéj i protokółów sekcyjnych szpitala powszechnego w Wiedniu z ostatnich lat 50 skreślił dokładnie objawy kliniczne i anatomiczne tych przepuklin. Lorenzowi udało się nie tylko wykazać, że istnieją przepukliny ścienne inkarcerowane, ale nawet i zupełnie wolne. Z dokładnego bardzo opisu podnieść tu wypada, że w największéj liczbie przypadków pierścień inkarcerujący był nader ciasny i szczelnie zaciskał odsznurowaną część ściany jelita, czyniąc tym sposobem zadość jednemu z postulatów Rosera, który, jak wspomniałem, twierdzi, że tylko mocno zaciągnięta boczna ligatura jest w stanie utrzymać się na gładkich scianach jelita. Tém się też tłomaczy częsta względnie zgorzel uwięźniętej ściany.

W każdym razie sprawa przepuklin ściennych ostro powstających stanowczo po dziś dzień załatwioną nie jest. Roser wprawdzie już głosu zabrać nie może, ale za to obowiązkiem naszym jest podzielić się każdą odnośną obserwacyą z kolegami, by na jedynie tu możliwéj drodze rozleglejszego doświadczenia rzecz wyjaśnić. Mając sobie na ten przedmiot już od dawna zwróconą uwagę, znalazłem się przed kilku miesiącami w tém szczęśliwem położeniu, że zostałem zawezwany do przypadku, w którym rozpoznanie przepukliny ściennéj już i przed operacyją przez jednego z kolegów podane podczas herniotomii zostało stwierdzone w sposób niewątpliwy.

Historya tego przypadku jest następująca:

G. L. lat około 80 licząca z Baranowa, nigdy przedtém cięższych chorób nie przebywała, ani téż przepukliny na sobie nie spostrzegała. Przed 4ma dniami wystąpiły po obfitym obiedzie nagle gwałtowne wymioty, a wezwany lekarz przy dokładném badaniu wykazał w pachwinie lewéj guz wielkości orzecha tureckiego, co do natury którego trudno na razie było stanowcze wyrobić sobie zdanie, zwłaszcza, że chora co do powstania guza żadnych nie była w stanie udzielić wskazówek, twierdząc jedynie, że przedtém w miejscu tém żadnego guza nie czuła. Gdy jednakże wymioty nie tylko nie ustawały, ale nazajutrz zarysował się typowy obraz niedrożności jelit zupełnéj, poczęto domniemywać się przyczyny niedrożności w owym guzie, uważając go za uwięzgłą przepuklinę udową. Chora na proponowaną operacyję zgodziła się dopiero w 4-tym dniu choroby. Wezwany znalazłem stan następujący:

Kobieta wzrostu średniego, licho odżywiona, twarz zapadła, tętno 100, słabo napięte, ciepłota prawidłowa. Brzuch wzdęty jednostajnie, przy ucisku wszędzie, zwłaszcza jednak w dołku podsercowym, bolesny. Od czasu do czasu wśród napadu bólu widać przez cienkie powłoki rysujące się kontury pętli jelitowych. W pachwinie lewéj bezpośrednio na zewnątrz *tuberculum pubicum* guz wielkości orzecha tureckiego, konsystencyi twardawéj, o powierzchni, o ile przy małych jego rozmiarach ocenić było można, nierównéj. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony; skóra nieznacznie zaczerwieniona w fałd trudno ująć się daje. Guz w całości nader mało ruchomy nie przdstawia zresztą żadnych cech przepukliny. Wymioty zielonawe, cuchnące, powtarzają się co kilkanaście minut, stolca brak od 4ech dni; wiatry miały według podania otoczenia choréj odchodzić w 3cim dniu choroby, — obecnie i one są zatrzymane.

W obec tych danych zgodziłem się na rozpoznanie uwięzgniętéj przepukliny udowéj z tym dodatkiem, że zrobione przez jednego z kolegów przypuszczenie przepukliny ściennéj w obec małych rozmiarów guza jest dość prawdopodobnem. Dnia 23 XI z. r. przystąpiłem do herniotomii w narkozie chloroformowéj przy łaskawéj asystencyi kol. Dr. D. Bąkowskiego i W. Pawlasa. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnéj przedstawił się oczu naszym drobny tluszczak, a po wyluszczeniu tegoż mieliśmy przed sobą guz elastyczny wielkości dużego orzecha laskowego, co do którego niepodobna było stanowczo orzec, ażali był workiem przepuklinowym, czy téż już ścianą całego jelita. Naciąłem guz ten ostrożnie między dwiema pensetkami, poczém wypłynęła łyżeczka mocno cuchnącego, krwawo zabarwionego płynu, a na dnie rany wypukłała się ku zewnątrz ciemno wiśniowo zabarwiona ściana jelita wielkości centa. Po należytém rozszerzeniu ran w naciętych dotąd tylko warstwach dokładnie można było wykazać, że wspomniana dopiero co część ściany jelita stanowiła jedyną zawartość przepukliny. Zaciskający pierścień znajdujący się w jednym poziomie z inkarcerowaną ścianą tak szczelnie ostremi swemi brzegami do niéj przylegał, że wprowadzenie cienkiego i wąskiego herniotomu nader wielkie sprawiało trudności. Po udałém wreszcie nacięciu pierścienia wyciągnąłem całą pętlę poprzed bramę przepuklinową i przekonałem się, że jelito w całości koloru żywo czerwonego i dość mocno rozdęte, ale zresztą zupełnie zdrowe, po stronie przeciwnéj przyczepieniu krezki posiadało drobny uchyłek, mający mniéj lub więcéj 1 ctm. średnicy, a wznoszący się o kilka milimetrów po nad poziom reszty ściany jelita. Sam uchyłek ciemno-wiśniowo zabarwiony otoczony był dokoła obrąbkiem szarawo-niebieskim, odpowiadającym pierścieniowi zaciskającemu; ściany zaś uchyłka w porównaniu z ścianami reszty jelita były daleko wiotsze i łatwiéj w palcach ugnieść się dawały. Zrostów pomiędzy ścianą jelita a otoczeniem nigdzie ani śladu nie dostrzeżono. Sam kanal udowy był nader krótki, tak, że wprowadzonym palcem po staw pomiędzy 2-gą a 3-cią falangą wygodnie można było obmacać peritonealną powierzchnię bramy przepuklinowéj. Chcąc się przekonać, czy podejrzana o zgorzel uwięźnięta ściana jelita po przywróceniu normalnych stosunków krążenia okaże się zdolną do dalszego życia, pokryłem całą pętlę jelita na kwadrans płatkiem gazy jodoformowéj, maczanym w letnim rozczynie kwasu salicylowego, by po upływie tego czasu wybrać najodpowiedniejszą drogę dla dalszego postępowania. Usunąwszy gazę przekonaliśmy się, że uchyłek jako taki znikł zupełnie, a ściany jego wróciły całkowicie do poziomu reszty jelita; jedynie tylko ciemna obwódka okalająca część ściany po stronie przeciwległéj przyczepieniu krezki była wyrazem usuniętéj dopiero co inkarceracyi ściennéj. Ściana uwięźnięta w całości przybrała wejrzenie prawidłowe, w jednem tylko miejscu obwódki pozostała i nadal o zgorzel podejrzaną. Wpukliłem tedy część schorzałą w obec dostatecznéj szerokości jelita w głąb, zespajając po nad nią ściany jelita czterema szwami Lemberta. Po wprowadzeniu pętli do jamy brzusznéj wytamponowałem całą ranę gazą jodoformową, włożywszy poprzód przez kanał przepuklinowy sączek do jamy otrzewnowéj.

Co do dalszego przebiegu obserwowanego bardzo dokładnie przez kol. Dr. Bąkowskiego, muszę tu nadmienić, że objawy niedrożności choć w mniejszém nasileniu przez 3 dni jeszcze się utrzymywały i ustąpiły dopiero po zastosowaniu obfitéj lewatywy: prawdopodobnie w miejscu wpuklenia jelita utworzyło się zwężenie zapalne, a dopiero po ustąpieniu tegoż drożność zupełna wróciła. Pomijając to jedno powikłanie, był przebieg zresztą zupełnie prawidłowy. Rana zewnętrzna goiła się p. s., a chora po upływie 6 tygodni była zupełnie wyleczoną.

Rozpoznanie przepukliny ściennéj w obec tych wszystkich danych chyba nie może ulegać kwestyi. Część ściany uwięźnięta kolorem, konsystencyą i kształtem wyróżniała

się od reszty, a w obec nadzwyczaj krótkiego i ciasnego kanału udowego trudno zgodzić się z Roserem na przypuszczenie, że wcale szeroka w tém miejscu pętla mogła znaleźć pomieszczenie w samym kanale. Trudno też przypuszczać, żeby powstanie malutkiego uchyłku, jako który część ściany uwięźnięta bezpośrednio po usunięciu inkarceracyi nam się przedstawiła, było wyprzedzało uwięźnięcie: rychłe jego zniknięcie po nacięciu pierścienia inkarcerującego przemawia przeciw temu przypuszczeniu. Dywertykuł ten był tylko wyrazem rozdęcia odsznurowanéj części jelita.

Objawy okluzyi jelit zupełnéj wcale także nie przemawiają przeciwko rozpoznaniu przepukliny ściennéj, gdyż znaném jest doświadczenie Scarpy, że podwiązawszy mniéj lub więcéj $^2/_3$ obwodu jelita, nie zdołamy przepędzić przez zwężony kanał prądu wody. Z doświadczeniem tém zgadzają się obserwacyje kliniczne, gdyż we wszystkich prawie przypadkach bocznéj inkarceracyi objawy odpowiadały uwięźnięciu całéj pętli.

Podobny zresztą zupełnie do opisanego dopiero co przypadku miałem sposobność oglądania jako asystent w klinice prof. Mikulicza. Dotyczył on kobiety lat około 50 liczącéj, u któréj przepuklina udowa również nagle wystąpiła przy dźwiganiu ciężkiego przedmiotu. Objawy niedrożności zupełnéj w miernêm jednak nasileniu trwały od 24 godzin, a przy operacyi wykonanéj podczas lekcyi klinicznéj znaleźliśmy stosunki zupełnie podobne do wyż opisanych, tylko, że część uwięźnięta była nieco większą i zupełnie jeszcze zdrową. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki.

Podane dopiero co przypadki wprawdzie ani same przez się, ani wraz z innemi dotąd znanemi mechanizmu powstania przepuklin ściennych wytłomaczyć nie zdołają: ale niemożność wytłomaczenia zjawiska nie uprawnia nas jeszcze wcale do zaprzeczenia jego istnieniu.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Nic nie mogę dodać do wyników, otrzymanych przez Danilewskiego w doświadczeniach z dusznością (*Dyspnoe-versuch*): mogę tylko zauważyć, że typ czysty duszności, opisywany przez tego autora, nie zawsze można obserwować w całéj pełni. Nie podlega wątpliwości jednak to, że żaba, która usuwała bibułę przed hypnozą zaraz lub po $^1/_2$—1 minucie, w śnie hypnotycznym trzyma przeszkodę przez 3—4 minuty. Czasem widywałem zjawisko takiego rodzaju: żaba po wystąpieniu objawów duszności zrzuca przeszkodę, nie zmieniając swéj pozycyji na grzbiecie; potem uspokaja się i daléj leży, jak przedtem. Opisane objawy hypnozy istnieją zawsze jednocześnie u żaby z nienaruszonym układem nerwowym i nie zdarzało mi się widzieć, aby zwierzę zachowywało położenie nie naturalne, a czucie nie było zmniejszone. Mimo to nie mogę twierdzić, aby hypnoza u żab była zawsze jednakową. Na zasadzie tego, co widziałem, jakie wrażenie wyniosłem ze swych doświadczeń, mniemam, że można hypnotyzm u żab podzielić na formy, rozróżniać go, jak to ma miejsce w hypnozie u ludzi. Rozróżniam więc hypnozę lekką, powierzchowną, i głęboką. Nie mogę powiedzieć kategorycznie, aby można oddzielić od siebie ściśle te formy hypnotyzmu, nakreślić między niemi wyraźną granicę i przeciwnie — tego niema, i pomiędzy dwiema głównemi formami istnieją formy przejściowe Różnicy co do objawów głównych niema zupełnie w lekkiéj i głębokiéj hypnozie i wszystkie objawy są obecne tu i tam. Ale mamy pod niektóremi względami różnicę ilościową. Tak w hypnozie głębokiéj czucie w ogóle jest nieco więcéj zmniejszone niż w lekkiéj i objawy katalepsyi woskowéj łatwiéj można zauważyć u żab śpiących głęboko, niż u śpiących powierzchownie. Nasze formy hypnozy różnią się głównie czasem trwania, zachowaniem się względem podrażnień zewnętrznych, typem oddychania. Lekka forma hypnozy, którą otrzymujemy zwykłe przy pierwszém hypnotyzowaniu, trwa bardzo krótko, bo 2—3 minuty; oddychanie zwykle jest przyśpieszonem lub normalnem, ale nigdy zwolnionem; zwierzę budzi się samo lub też od najsłabszego podrażnienia zewnętrznego, słabego stuku, uderzenia itp., podrażnienia elektrycznego (silniejszego, niż przed hypnozą). Przy formie głębokiéj żaba śpi długo, nieraz godzinę i dwie i w tym przeciągu czasu sama się nie budzi i oddychanie jest znacznie zwolnione, czasami tak powierzchowne, że je trudno zauważyć. Podrażnienia zewnętrzne nie wywierają takiego znacznego wpływu, jak przy lekkiéj hypnozie: stuk, dotykanie nie budzą żaby. Prąd elektryczny tak samo często nie budzi jéj: zwykle żaba po daniu odruchu nieco się porusza, probuje wstać, znowu śpi spokojnie. Hypnoza głęboka występuje zwykle po kilku hypnotyzacyjach, po zjawiskach lekkiego snu, jako wynik edukacyi hypnotycznéj. Zdarza się także nieraz, że głęboki sen zjawia się odrazu przy nadawaniu żabie położenia na grzbiecie po raz pierwszy. Zwykle każda żaba przechodzi obie formy, najpierw lekką, późniéj głęboką. Zresztą zauważyłem już, że u niektórych egzemplarzy nie można otrzymać dłuższéj i jednocześnie głębokiéj hypnozy.

Przechodzę teraz do właściwych doświadczeń, opracowujących moje zadanie. Pierwszy szereg doświadczeń robiony był ze strychniną. Strychnina, jak wiadomo, jest trucizną, wywierającą wpływ specyficzny na rdzeń i, w szczególności, na jego ruchowe elementa zwojowe. Wiadomo jest także, że strychnina wywiera silne działanie na żaby, tak, że te zwierzęta służą nawet za odczyn fizyjologiczny tego jadu.

W pierwszych doświadczeniach ze strychniną wybierałem po dwie żaby jednakowego gatunku, jednakowéj wielkości i mniéj lub więcéj podobnego temperamentu. Jedna z tych żab była kontrolującą, drugą usypiałem. Po kilku hypnotyzacyjach, gdy zwierzę spało głęboko już 10—20 minut, wstrzykiwałem mu strychninę pod skórę grzbietu lub boku. Jednocześnie taką samą, albo najczęściéj nieco mniejszą ilość jadu wprowadzałem pod skórę żabie kontrolującéj. Po 2—3 minutach pierwszą żabę znowu hypnotyzowałem, przyczém zwierzę odrazu wpadało w sen głęboki; kontrolującą pozostawiałem dla obserwacyi. Co się tyczy ilości wprowadzanego jadu, to używałem różnorodnych dawek: kilka razy wprowadzałem dawki zabójcze, 0,0004—0,0001 grm., ale przy takich ilościach wyniki doświadczeń nie były zadowalające. Dlatego najczęściéj za poradą szan. prof. Tumasa wstrzykiwałem dawki średnie lub też bardzo małe, po których zwierzęta przychodziły do siebie już dnia następnego, mianowicie 0,00001—0,00004 grm.

Objawy zatrucia występnją u kontrolującéj i u zahypnotyzowanéj żaby jednocześnie lub też u drugiéj nieco późniéj, lecz objawy te nie są jednakowe i można między niemi przeprowadzić wyraźną granicę. W krótkich słowach możemy streścić dane, otrzymane w tego rodzaju doświadczeniach: z jednéj strony widzimy, że hypnoza wywiera wpływ na działanie strychniny, z drugiéj, że strychnina wywiera wpływ na hypnozę. Jednem słowem mamy walkę, wzajemne przeciwdziałanie, jakby reakcyję podwójną między jednem i drugiem. W jednych doświadczeniach przy

jednych dozach widać tę walkę, można zauważyć jedno i drugie zjawisko, w innych występuje na pierwszy plan zjawisko pierwsze, t. j. przewaga hypnozy nad strychnizmem, nareszcie w innych — strychnizm przeważa hypnozę. Można przedstawić pewną zależność odpowiednich zjawisk od wielkości dawki: przy dawkach dużych, zabójczych, hypnoza nie ma wpływu na strychnizm, czyli ma miejsce zjawisko ostatnie, przy dawkach małych hypnoza głównie działa na strychnizm, nareszcie przy średnich mamy oddziaływanie wzajemne.

Czem się wyraża wpływ hypnozy na działanie jadu i odwrotnie? Pierwsze zjawisko charakteryzuje ta okoliczność, że ogólne objawy zatrucia strychniną u żab hypnotyzowanych zawsze są znacznie słabsze, niż u nieśpiących. Zjawisko to występuje bez wyjątku we wszystkich doświadczeniach, gdzie tylko stosowałem dawki małe i średnie; zjawisko to jest tak charakterystyczne, że mamy je przy warunkach do pewnego stopnia bardzo niepomyślnych dla żaby hypnotyzowanéj, n. p. przy nieco większéj dawce strychniny lub téż przy jednakowéj z drugim egzemplarzem dawce, ale zwierzę kontrolujące jest większe. Gdy już raz strychnina wykazała działanie słabsze, to trwa ono przez cały przeciąg czasu: strychnizm osiąga maximum swego działania w czasie hypnozy, jak u normalnych zwierząt, ale siła jego w pierwszym przypadku nigdy nie przechodzi i nie jest równą, a zawsze mniejszą, niż w drugim. Po godzinie, półtoréj od początku działania, gdy zwierzę umyślnie budzono, strychnizm nie nasilał się, ale pozostawał słabszym aż do zupełnego zniknięcia.

Drugie zjawisko wyraża się w têm, że hypnoza pod wpływem strychniny z głębokiéj staje się lekką, powierzchowną. Ta zmiana formy hypnozy zjawia się w 15—25 minut po wprowadzeniu jadu, kiedy jeszcze nie wystąpiły właściwe objawy zatrucia. Zwierzę, które do tego czasu znajdowało się w głębokim śnie i samo, lub od słabéj siły podrażnień zewnętrznych nie budziło się, nagle bez przyczyny wstaje albo po słabêm dotknięciu, stuku i t. p. Jeżeli je uśpimy, znów się budzi po minucie lub dwóch i to powtarza się kilka razy. Stan ten lekkiéj hypnozy trwa niedługo; gdy odruchowość się zwiększa i zjawiska strychninowe istnieją już pewien czas, hypnoza staje się znowu nieco głębszą, chociaż nie dochodzi do siły pierwotnéj.

Z wielu doświadczeń ze strychniną przytaczam tutaj protokuły kilku: w pierwszym z nich widać jasno oba zjawiska.

Do doświadczenia użyto dwóch żab, z których jedna była kontrolującą; druga, nieco mniejsza od pierwszéj, po trzech hypnotyzacyjach, wywołujących lekką hypnozę na 2—4 minuty, zasnęła głęboko. Gdy już sen głęboki trwał 25 minut, o g. 4-téj m. 47 wstrzyknąłem obu żabom po 0,00004 grm. strychniny. Po 2 minutach znowu hypnotyzowałem żabę, która bardzo łatwo głęboko zasnęła. Kontrolująca żaba pozostawała tymczasem pod kloszem szklanym z otworem u góry. O g. 5 m. 15 były już u niéj słabe objawy strychninowe, w tym samym czasie u zahypnotyzowanéj żaby oddechanie stało się częstszem w porównaniu z pierwotnem. O g. 5 m. 21 przebudziła się ona przy słabêm dotknięciu ołówkiem; uśpiono ją, po minucie wstaje sama. W przeciągu 5—6 minut ciągle się budzi; nareszcie po 3 hypnotyzacyjach zwierzę zasnęło dość głęboko. Objawów strychinowych nie można było jeszcze zauważyć. W tym samym czasie u żaby kontrolującéj okazują się objawy drgawkowe. O g. 5 m. 28 przy stukaniu ołówkiem o stół żaba ta drży całêm ciałem; hypnotyzowana śpi daléj spokojnie. Zauważę, że uderzanie o stół było robione w bliższéj odległości od śpiącéj, niż od nieśpiącéj żaby. O g. 5 m. 37 przy takiêm uderzeniu żaba pod kloszem drży całêm ciałem, u śpiącéj zaledwie można zauważyć słabe drżenie palców. O g. 5 m. 45 przy uderzeniu o stól u żaby pod kloszem powstają kurcze wszystkich czterech kończyn, u śpiącéj tylko słabe drżenie palców. O g. 5 m. 10 leżącéj żabie nadałem położenie normalne. Przy słabêm uderzeniu, prawie za dotknięciem kręgosłupa żaby kontrolującéj, cała ona podskakuje — pierwsza nawet przy stukaniu po kręgosłupie ołówkiem daje tylko słabe drżenie tułowia bez kurczów kończyn. Po 10 minutach mieliśmy te same objawy.

Z taką samą ilością strychniny powtórzyłem doświadczenie na dwóch innych parach żab, podobnych z wielkości do pierwszych i otrzymałem zupełnie te same rezultaty. W tych doświadczeniach zwierzę było obserwowane przez dwie godziny po przebudzeniu; przez cały czas objawy strychnizmu były słabsze, niż u żaby kontrolującéj.

W doświadczeniach z dawkami śmiertelnemi bardzo prędko po wstrzyknięciu jadu żaby głęboko śpiące ciągle się budziły. Objawy otrucia w tych razach nie były słabsze i nie różniły się zupełnie od objawów u egzemplarzy nieśpiących.

Nie zatrzymałem się tylko na tych doświadczeniach; posiadając wskazówki, że objawy odruchowe mniéj się zwiększają u hypnotyzowanych żab, niż u normalnych, w następnym szeregu doświadczeń badałem prądem przerywanym czułość skórną eo ipso, odruchowość u jednych i drugich egzemplarzy. Wiadomą jest rzeczą, że pod wpływem strychniny przez nasilenie drażliwości rdzenia, zwiększa się także czułość skórna. Doświadczenia moje wykazały, że pod wpływem strychniny, sądząc z siły prądu, odruchy u żab hypnotyzowanych zwiększają się w porównaniu z têm, co było w hypnozie; ale nasilenie to po większéj części nie dochodzi, zaś bardzo rzadko przewyższa tą odruchowość, która istniała przed hypnozą. Tymczasem u zwierzęcia normalnego odruchy nasilają się zawsze po nad normę. Takim sposobem nie tylko wrażenie subjektywne, ale i badanie objektywne dowodzi słabszego działania strychniny w czasie hypnozy.

Badanie prądem elektrycznym wykazało także, jak hypnoza pod wpływem strychniny zmienia swą formę i charakter. Przed daniem strychniny zwierzę po daniu odruchu w skutek podrażnienia elektrycznych najczęściéj nie budziło się; po strychninie przy tych warunkach budzi się ono zwykle.

Robiłem także doświadczenia takiego rodzaju, że zwierzę zatrute z istniejącemi już objawami strychnizmu hypnotyzowano; przytêm objawy strychnizmu istniały daléj, ale już w stopniu daleko słabszym i jednocześnie występowały symptomata hypnozy: katalepsyja, zmniejszenie odruchowości elektrycznéj.

Przytaczam dla przykładu doświadczenie, w którêm badano prądem elektrycznym.

U żaby otrzymuje się odruch z wewnętrznéj powierzchni biodra przy największéj odległości cewki wtórnéj od pierwotnéj 146—150 mlm. Po trzech hypnotyzacyjach wystąpiły objawy głębokiéj hypnozy (g. 4 m. 32). O g. 4 m. 50 badanie wykazało, że przy odległości 120 nie ma odruchu. Po 2 m. żaba się obudziła; hypnoza. O g. 4 m. 55 słaby odruch tylko przy 115—111 mlm.; zwierzę nie obudziło się. O g. 5 m. 5 wstrzyknąłem 0,000015 strychniny; po 2 m. uśpiono żabę. O g. 5 m. 12 budzi się sama o g. 5 m. 15 widoczne są slabe objawy zatrucia. Budzi się 2 razy bez przyczyny. O g. 5 m. 20 odruch przy 130 mlm., zwierzę budzi się szybko. Hypnoza. O g. 5 m. 22, odruch przy 128, budzi się. Hypnoza. O g. 5 m. 35 odruch przy 128, ale już się nie budzi. Sen staje się głębszym i spokojniejszym do g. 5 m. 45, kiedy nadawałem żabie normalne położenie. Zjawiska strychnizmu bardzo słabe.

Chcąc potwierdzić rezultaty otrzymane w doświadczeniach ze strychniną, zrobiłem seryę doświadczeń z tebainą, alkaloidem z opium, który działa podobnie tetanicznie, jak strychnina. Objektywnie działanie obu tych środków na żaby nie różni się i w doświadczeniach z hypnozą otrzymaliśmy zupełnie takie same rezultaty, jak w seryi poprzedniéj eks-

perymentów. Takim sposobem wszystko, co powiedziano odnośnie do strychniny, można powtórzyć ze wszystkiemi szczegółami względem tebainy, i w ogóle względem środków, drażniących rdzeń żaby. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

„O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności" przez Dra Teodora Heringa

ocenił

prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Jeżeli się po têm streszczeniu pracy Heringa nad jego metodą zastanowimy, to widzimy, że myślą jej przewodnią jest usuwać zmiany gruźlicze krtani doszczętnie, dotrzeć w działaniu miejscowêm chirurgicznêm do tkaniny zdrowéj, która wtedy na rękoczyn podjęty oddziaływać musi jak każda zdrowa tkanina, t. j. przez eliminacyę części obumarłych i zabliźnienie powstałych utrat. Jest to zasada, któréj chirurgowie trzymają się w obec nowotworów, a mianowicie złośliwych, równie jak i w obec gruźlicy miejscowéj w innych miejscach. To też tak samo jak przy nowotworach niedokładne ich usunięcie chybia zupełnie celu, tak też i niszczenie lub usuwanie wytworów gruźliczych krtani, jeżeli nie jest zupełnem, nie może doprowadzić do wyleczenia. Co więcéj, tu jak tam wszelkie energiczne zabiegi, nie usuwające złogów chorobowych, doszczętnie drażnią tylko, a têm samêm pobudzać mogą ich szerzenie się. W obec téj prawdy łatwo nam pojąć dawniejszą obawę przed kauteryzacyją wrzodów gruźliczych. Nie silono się wtedy o doszczętne usunięcie nacieków, a wszelkie przyżeganie lapisem, którego kaustyczne działanie jest bardzo powierzchowne, mogło tylko drażnić pozostałe pod strupem gruźlicze złogi. Kwas mlekowy działając głębiéj w tkaninę niszczy dokładniéj gruźlicze nacieki, to też pozwala często przez konsekwentne stosowanie na usunięcie ich doszczętne. Jest to fakt, który nie tylko na mocy własnego doświadczenia potwierdzić muszę, ale który potwierdzony przez wielu znanych laryngologów nie może już ulegać wątpliwości. Przy głębszych jednak naciekach okazuje się i ten środek niedostatecznym, podobnież ma się rzecz i tam, gdzie nacieki pokryte jeszcze przybłonkiem nie pozwalają środkowi temu działać w głąb tkaniny. Ciągłe używanie w tych razach wcierań kwasem mlekowym nie tylko nie doprowadza do celu, ale drażniąc bezużytecznie szkodliwêm jedynie być może. To też Hering zaleca w takich razach działanie energiczniejsze,jak wypalanie kwasem chromowym lub chlorkiem cynku,albo też skaryfikowanie nacieków przed wcieraniem w nie kwasu mlekowego. Że w ten sposób bardziéj w głąb tkaniny działać można, łatwo każdy oceni. Tam, gdzie te metody są niedostateczne, zaleca łyżeczkowanie, a ewentualnie użycie szczypczyków. Samo przez się rozumie się, że tam, gdziebyśmy nie byli w stanie i tą metodą złogów gruźliczych doszczętnie usunąć, nie byłoby żadnego celu używać jéj. Że jednak w odpowiednich przypadkach można przy jéj pomocy dodatnie skutki osiągnąć, to muszę na mocy własnego, choć nie wielkiego jeszcze w téj mierze doświadczenia, stanowczo potwierdzić [1]) Potwierdza to również i Sokołowski na mocy znacznego własnego materyjału, przy czem zestawiwszy co do częstości przypadki samoistnego wyleczenia z przypadkami wyleczonemi za pomocą metod lokalnéj terapii, stanowczo za tą ostatnią przemawia (Wykład na V. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie).

[1]) W doświadczeniach moich obok kwasu mlekowego, szczypczyków ostrych i łyżeczkowania, używałem także często galwanokautera, zamiast kwasu chromowego lub chlorku cynku do przypalań. Z galwanokautera w ogóle tak jestem zadowolony, że nie łatwo mógłbym się nakłonić do użycia jakiegokolwiek innego, t. j. chemicznego żeradła tam, gdzie się rozchodzi o wypalanie dość głębokie.

Jak z powyższego widać, przyznać musimy metodzie Heringa stanowczo pozytywną wartość w leczeniu suchot krtani. Zachodzi jednak pytanie, w jakich rozmiarach skuteczność tę przyznać jéj można, a ztąd jakie wskazania i przeciwwskazania dla niéj postawić należy. Hering zaleca ją wszędzie, jeżeli tylko w ogóle stan chorego na przeprowadzenie kuracyi konsekwentnéj pozwala, zaleca ją zatem bez względu na stan płuc, na szybkość szerzenia się sprawy w płucach, jeżeli tylko stan ogólny nie jest zanadto podupadły. Z innéj strony spotykamy twierdzenia, że wyników dodatnich tam tylko spodziewać się można, gdzie sprawa płucna nie okazuje skłonności do szybkiego rozszerzania się, ale przeciwnie raczéj dążność do gojenia przez wytwarzanie tkanki łącznéj (*phthisis fibrosa*) (Sokołowski: Wykład na V. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie). Historyje chorych Heringa przemawiają za têm, że warunek ten nie jest koniecznym, aby do wygojenia zmian w krtani doprowadzić. Z własnego doświadczenia nie mógłbym jeszcze na to pytanie odpowiedzieć, nie mogłem się bowiem dotąd odważyć na energiczniejsze zabiegi tam, gdzie sprawa w płucach dość szybko postępuje, a ograniczałem się głównie do przypadków z małym naciekiem bez dążności do szerzenia się przy stanie gorączkowym. Nasuwają się tu jeszcze i inne pytania: a mianowicie: 1) Czy w obec szybkich postępów suchot płucnych tak energiczne działanie w krtani nie może takowych bardziéj jeszcze podniecać, a têm samêm zgonu chorego przyspieszyć? 2) Czy przy szybkiéj recydywie wrzodów krtani nie będą się one rozwijać daleko szybciéj, niż gdyby w spokoju pozostawionemi zostały? 3) Czy wreszcie chorego, któremu tak nie wiele życia pozostaje, warto jest męczyć terapiją miejscową, bądź co bądź nieprzyjemną, która krótkotrwałą tylko poprawę i to jedynie tylko co do krtani obiecuje. Czy więc nie lepiéj w takim razie ograniczyć się do użycia morfiny, zwłaszcza w injekcyi, ewentualnie do kokainy miejscowo, aby choremu resztki życia znośnemi uczynić. Są to pytania ważne dla lekarza, których odpowiedź jednak nie jest łatwą i wymaga licznych doświadczeń. Pierwsze pytanie nasunął mi przypadek przed dwoma laty przezemnie leczony, gdzie u osoby względnie dobrze się mającéj z małym naciekiem w płucach, a wybujałą ziarniną na strunach głosowych i naciekami gruźliczemi pod ich brzegami, po kilkokrotnêm stosowaniu szczypczyków i galwanokautera dość nagle powstała gorączka, a naciek płuca szybko się rozszerzać począł. Czy jednak w zabiegach chirurgicznych była przyczyna pogorszenia? była to jeszcze i pora zmienna, jak łatwo w téj porze o pogorszenie u suchotników! Pojedyncze więc fakta tego rodzaju nie mogą być brane jeszcze na karb miejscowego leczenia, a przypadki przez Heringa opisane za takiem przypuszczeniem nie przemawiają. Podobnież co do drugiego pytania zdają się one raczéj na korzyść metody przemawiać; w znacznéj większości przypadków zabliźnienie wrzodów trwało przez $1/2$ do 1 roku, a w obec stanu krtani, w jakim chirurgiczne leczenie podjęte zostało i szybkości rozwoju sprawy aż do chwili poddania się leczeniu przypuszczać można, że takowe bez lokalnéj terapii szybciéj i większe postępy zrobić by musiała. Czy jednak nie znajdą się przypadki, w których rzecz będzie się mieć odwrotnie, to dopiero dalsze doświadczenie rozstrzygnąć musi. W każdym razie doświadczenia Heringa przemawiają za tem, że wpływ niekorzystny chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, czy to na zmiany gruźlicze płuc, czy na następowy rozwój gruźlicy w saméjże krtani nie do reguły, tylko do wyjątków należeć będzie. Że natychmiast tam, gdzie zmian gruźliczych bodaj w pojedynczych częściach krtani doszczętnie usunąć się nie da, skutek terapii może być li tylko symptomatyczny i krótkotrwały, a lokalne zabiegi łatwo rozszerzanie się pozostałych złogów wywołać mogą, zwłaszcza gdzie i tak istnieje dążność do ich szybkiego rozwoju, to zdaje mi się nie ulegać kwestyi i wymaga ograniczenia metody do odpowiednich przypadków. Co do trzeciego pytania niezaprzeczenie są przypadki, w których daleko większą zrobimy choremu przysługę, ograniczywszy się li tylko do leczenia symptomatycznego; Hering to sam przyznaje, przestrzegając przed użyciem swéj metody w przypadkach nieodpowiednich. Roz-

chodzi się jednak o to, gdzie granicę między odpowiedniemi a nieodpowiedniemi do chirurgicznego leczenia postawić. Dzisiaj, gdy mamy do dyspozycyi środek taki jak kokaina, granica ta daléj może być postawioną, niżby to mogło mieć miejsce w czasach przedkokainowych; słusznie więc Hering podnosi znaczenie kokainy w rozwoju terapii gruźlicy krtani. Dziś możemy dokonywać chirurgicznych zabiegów w krtani zupełnie bez bólu i bez żadnych niemiłych uczuć dla chorego, zwłaszcza, jeżeli zamiast pędzlowań injekcyi kokainy użyjemy. Tak więc owo męczenie chorych tutaj odpada, przykrości chirurgicznych zabiegów redukują się prawie tylko do następowéj reakcyji, jeżeli zatem dodatnie czynniki za pomocą lokalnych zabiegów osiągnąć można, takowe tém samém są wskazane. Jeżeli nadto uwzględnimy stany, w których bardzo przykre przypadłości występują, a które lokalną terapią usunięte być mogą, jak to n. p. miewa miejsce przy owrzodzeniach na tylnéj powierzchni chrząstek nalewkowych, albo na brzegu nagłośni, które sprawiają taki ból przy łykaniu, że chorzy czasem z obawy przed nim głodzą się, wtedy chirurgiczne leczenie jest ściśle wskazane, choćby nic innego choremu nie przyniosło, jak tylko zniesienie bolesności przy łykaniu, a tém samém umożebniło mu odżywianie się. Że tu energiczna, pod względem podanego przypadu często radykalna pomoc, ma większą wartość, niż ciągłe, czy to miejscowe znieczulanie kokainą, czy też morfiną (i to w injekcyjach, gdyż wewnętrzne jéj użycie bardzo mało w tych razach skutkuje), to zdaje się każdy przyznać musi.

Jak z tego widać, powitać musimy w pracy Heringa metodę zaokrągloną i wykończoną leczenia miejscowego zmian gruźliczych krtani, metody, dla któréj trudno jeszcze ścisłe granice wskazań lub przeciwwskazań zakreślić, któréj jednakże dziś już pozytywną wartość w wielu razach stanowczo przyznać musimy, dla któréj zatém dziś już wskazania postawić możemy. Witamy więc tę metodę i jako prawdziwy postęp w dziedzinie terapii i jako korzystny nabytek dla cierpiącéj ludzkości i życzymy jéj szybkiego zwalczenia zapor, jakie dziś jeszcze pomiędzy laryngologami spotyka, a mamy nadzieję, że coraz mniéj spotykać będzie. Z drugiéj jednak strony przestrzedz winniśmy i przed nadużywaniem jéj, które nie przynosząc chorym żadnéj korzyści, samą metodę dyskredytować może.

Farmakologija.

Bucquoy (Paryż): **Strophantus w leczeniu chorób serca.**

Autor posługiwał się zwykle wyciągiem w postaci ziarnek po 0·001, zaczynając w pierwszym dniu od dawki dwóch ziarnek i posuwając się do trzech i 4 ziarnek dziennie. *Str. hispidus* jest środkiem nasercowym pierwszorzędnym. Podnosi nasilenie skurczów serca, gdy w wadach zastawek dwudzielnych wyrównywanie stało się niedostatecznêm i zmniejsza objawy niedoskurczu, albo je zupełnie usuwa. W zwężeniu ujścia żylnego, gdy mięsień sercowy zaczyna się nużyć, działa ten lek, przewyższając działanie każdego innego lekarstwa. Objawy duszności ustępują natychmiast. W trzech przypadkach dusznicy bolesnéj i w jednym przypadku choroby Basedowa osiągnął B. bardzo dobre skutki za pomocą tego środka. W wadach zastawek, gdy mięsień sercowy zaczyna się męczyć, wtedy ten lek przynosi wielkie korzyści, podczas gdy naparstnica w takich przypadkach jest przeciwwskazana. Ustrój znosi bardzo dobrze *str.* przez długi czas. Lek ten nie posiada działania zbiorowego, jak naparstnica. W późniejszych okresach chorób sercowych, jeżeli równocześnie istnieje miażdżyca tętnicy głównéj i zajęcie nerek, oczywiście *str.* żadnego skutku nie wywiera. Autor przekonał się, że lek ten posiada stałe działanie moczopędne. (*Intern. klin. Rundschau* 1889. Nr. 5). *Dr. R. Spira.*

Okulistyka.

Leopold Weiss: **O leczeniu śluzotoku woreczka łzowego u noworodków.**

Autor, opierając się na kilku przez siebie leczonych i przez dłuższy czas dokładnie spostrzeganych przypadkach téj choroby u noworodków, zresztą w tym wieku niezbyt częstéj, zwraca uwagę na dobre i szybko dające się osiągnąć wyniki leczenia, nawet w przypadkach daleko posuniętych, gdzie w skutek następowego zapalenia woreczka łzowego, przebicie na zewnątrz zdawałoby się być nieuniknionem. Rokowanie jest lepsze niż u dorosłych. Postępowanie zaś podobne, jak w téj chorobie u dorosłych, t. j. polega na baczeniu na jamę nosową, czystem utrzymywaniu oka, zapuszczaniu środków lekko ściągających, a przytém na sondowaniu woreczka łzowego. Ostatni zabieg autor poleca jako sposób ochraniający, t. j. bez przecinania przewódki łzowéj (a dla łatwiejszego przystępu u dziecka zwykle niespokojnego obiera on zawsze przewódkę dolną), rozszerzenie bowiem takowéj sondą stożkową ma zupełnie wystarczać. Przy sondowaniu samém zauważył, że zgłębniki cienkie Bowmana nr. 1 i 2 nie odnoszą należytego skutku, a grubsze z trudnością dają się wprowadzić do obrzmiałego przewodu noso-łzowego, poleca więc zgłębnik odpowiadający na dolnym końcu Nrowi 1-szemu Bowmana, a na 12—14 mm. od końca mający już grubość Nru 3-go, co robi wprowadzenie łatwém a umożliwia należyte rozszerzenie przejścia woreczka łzowego w przewód noso-łzowy, ułatwiając przez to szybki odpływ wydzieliny. Z przytoczonych historyj chorób widać, że po kilkunastu a nawet po kilku wprowadzeniach takiego zgłębnika osiągał autor zupełne i trwałe wyleczenie, nawet jak wyżéj wspomniano w przypadkach ciężkich. (*Klin. Monatsbl. für Augenhlk.* Styczeń 1889). *Dr. Podgórski.*

Otyjatryja.

(+) Dr. Glarence Blake podaje, że telefony wywierają na słuch wpływ szkodliwy. Dźwięki w telefonie są bardzo słabe i ucho musi natężać się, ażeby je usłyszeć. Przez to występuje silne znużenie ucha, tak, że następnie staje się ono bardzo czułem na zwykłe dosyć głośne szmery i dźwięki. (*Wracz* Nr. 9 1889 r.).

Choroby nerwowe.

Ladame (Genewa): **O t. z. „Epilepsia procursiva."**

W końcu dłuższéj rozprawy dochodzi autor na podstawie całego szeregu doświadczeń do następujących wyników: 1) Padaczka prokursywna jest taką postacią téj choroby, któréj napad oznacza się przymusowemi ruchami naprzód, połączonemi zwykle z głośnym krzykiem, nieprzytomnością, rzadko z t. z. *aura epileptica.* 2) Jestto choroba właściwa wiekowi dziecięcemu i młodocianemu. 3) Może przetrwać kilka lat, nim przechodzi w zwykłą padaczkę; w okresie przejściowym napady mogą się zmieniać i przyjąć raz taką, drugi raz inną postać. Przejście to może nastąpić rychło albo późno, albo wreszcie nagle. 4) Nie można dokładnie określić miejsca anatomicznego choroby. Nic nie uprawnia do przypuszczenia uszkodzenia móżdżka jako organicznéj przyczyny téj choroby. 5) To zboczenie zdaje się szczególnie rozwijać u osób dotkniętych znacznêm uszkodzeniem mózgu. Jest jednak prawdopodobnêm, że ta postać padaczki, równie jak inne postacie, może wystąpić i bez wykazalnych zmian anatomicznych w ośrodkach nerwowych. 6) *Epilepsia procursiva* często jest skombinowaną z obłąkaniem moralnem. W leczeniu bardzo ważnêm jest odosobnienie chorego, bez którego wszelkie inne zabiegi muszą być bezskutecznêmi. Po największéj części koniecznie potrzeba oddalić dziecko od rodziców, od otoczenia i stosunków, wśród których choroba powstała. Autor poleca gorąco urządzenie w zakładach dla obłąkanych osobnego oddziału dla dzieci umysłowo chorych lub też padaczką dotkniętych. (*Intern. klin. Rundschau* 1889 Nr. 5, 6, 7 i 8). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

Straus: **Obecność gonokoków Neissera w wydzielinie cewki w przebiegu zapalenia powstałego bez spółkowania.**

Chłopiec 16 letni, który od 12-go roku życia oddawał się onanii, został przyjęty do szpitala z objawami zapalenia ropnego cewki moczowéj. Podaje on, że kiedy w ośm dni przed przybyciem do szpitala onanizował się dłużéj niż zazwyczaj, uczuł po dwóch dniach ból palący w ujściu cewki, a wkrótce wypływać poczęła z ujścia ciecz ropna. Jako dalsze objawy zapalenia skonstatowano bóle przy oddawaniu moczu, częste i bolesne wzwody. Chory stanowczo i niezmiennie wciąż utrzymywał, że nigdy nie spółkował. Badanie bakteryjologiczne wydzieliny wykryło w nich koki, nie różniące się niczem od gonokoków Neissera i posiadające wszystkie własności tychże. Jeżeli podania chorego były prawdziwe, (a autor ma pewne powody do wierzenia tym po-

daniom), to spostrzeżenie opisane dowodziłoby, że gonokoki mogą istnieć w cewce zdrowéj jako nieszkodliwe saprofity i mogą w danych warunkach, pod wpływem drażnienia, po uszkodzeniu przybłonka stać się powodem zapalenia. (*Archives de Médecine expérim. et d'anat pathol.* 1889 Nr. 2). *A. B.*

Toksykologija.

Prof. Guelfi Filomusi (Pawia): **Przypadek otrucia arszenikiem kobiety ciężarnéj.**

Kobieta 22 lat licząca, po wypiciu filiżanki kawy, zdradzającéj szczególny jakiś smak, dostała nagle przypadów żołądkowych i jelitowych, jak wymiotów, uczucia palenia w żołądku, bardzo silnego pragnienia, biegunki i kurczów, przyczém wystąpiły objawy gorączki. Po krótkim czasie wymioty ustały, a biegunka daléj trwała. Po upływie 11 dni wystąpiły porażenia odnóg, a w 7 dni potém kobieta powiła. Porażenie coraz bardziéj się wzmagało, a zajęte były mięśnie wyprostne; w końcu nastąpił zanik odnóg. Śledztwo wykazało, że sam mąż włożył do kawy, którą żona wypiła, kilka kawałków arszeniku. Rozwój choroby, jéj objawy, jako też przebieg objawów porażennych, jak niemniéj objawy z strony narządu pokarmowego wskazywały na pewne otrucie arszenikiem. Badanie chemiczne poronionego płodu dało wynik ujemny, z czego jednak nie wynika, żeby można było wykluczyć powyższe otrucie, gdyż wiele trucizn wcale z matki do płodu nie przechodzi, a dla niektórych trucizn przejście to jest niestałem. (*Inter. kl. Rundschau* 1888).

Dr. Bąschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 grudnia 1888 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Czyżewicz: Obecnych członkow 29 [1]).

Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyję nad wykładem kol. Bylickiego: „O leczeniu chorób kobiecych metodą Thure Brandta“. W niéj zabiera głos kol. Sielski. On dzieli zabiegi lecznicze, któremi posługuje się Thure Brandt na trzy grupy: 1) mięsienie, 2) szwedzka gimnastyka i 3) zabiegi przez Thure Brandta wymyślone. Pierwsze dwie grupy były już przed Brandtem znane, polecane, a nawet stosowane w ginekologii. Przyczyną powstania grupy trzeciéj był przypadek, który zrządził, że w braku lekarza udał się przed 30 laty do Thure Brandta chory ze świeżem wypadnięciem odbytnicy. Thure Brandt, chociaż w sposób nieracyjonalny, jednakowoż chorego wyleczył. To skłoniło go, że w kilkanaście lat późniéj próbował leczyć wypadniętą macicę w sposób podobny, jaki stosował wówczas przy leczeniu wypadniętéj odbytnicy. Przez powłoki brzuszne ujął rękoma macicę i pociągał ją w górę w kierunku do przepony. Zabieg okazał się istotnie skuteczny i chora wyzdrowiała. Jako gimnasta tłumaczył sobie Thure Brandt wyleczenie w ten sposób, iż sądził, że przez ten zabieg wzmocnił mięśnie utrzymujące macicę i na podstawie téj hipotezy zbudował cały system leczenia różnych chorób kobiecych. Od dwu lat, kiedy metoda lecznicza Thure Brandta stała się więcéj znaną i przez lekarzy aprobowaną, wszyscy ginekologowie przyjęli hypotezę Th. Brandta za słuszną. Kol. Sielski jednakowoż twierdzi, że zwolennicy Thure Brandta zapominają o jednym ważnym pewniku fizyjologicznym, że mięsień żadną miarą nie może utrzymywać jakiegokolwiek narządu stale w pewném położeniu, gdyż każdy mięsień się męczy i potrzebuje po pracy odpoczynku. Przy rozkurczu, który zawsze nastąpić musi prędzéj lub późniéj po skurczu mięśnia, musiałby zatem narząd napowrót powrócić do przedtém zajmowanego położenia, więc wypadnięta przedtém macica musiałaby napowrót wypaść. To też kol. Sielski uważa hipotezę Thure Brandta za nieprawdziwą. Natomiast sądzi, że przez unoszenie odprowadza się macicę do prawidłowego położenia tak samo, jak się odprowadza zwichnięty staw za pomocą naciągania zwichniętéj części. Przy wypadaniu macicy oddziela się tylna ściana pochwy od odbytnicy, a oddzielone powierzchnie pochwy i odbytnicy pokrywa rozciągnięta otrzewna. Otóż przy dotychczasowym sposobie odprowadzania wypadniętéj pochwy i macicy nie przywracaliśmy napowrót bezpośredniego połączenia pochwy i odbytnicy, lecz przeciwnie pomiędzy pochwą a odbytnicą pozostała pewnego rodzaju przepuklina (*enterocele vaginal. posterior.*) i dlatego dotychczasowe odprowadzanie było niezupełne. Nie tak po unoszeniu macicy. W skutek unoszenia oddziela i wyciąga się otrzewnę z jamy przepuklinowéj i w ten sposób umożebnia się prawidłowe połączenie, a następnie i zrośnięcie tylnéj ściany pochwy z przednią ścianą odbytnicy — jednem słowem odprowadzenie staje się zupełnem. Daléj powołuje się kol. Sielski na to, co już podniósł na jednem z poprzednich posiedzeń, a mianowicie, że się nie zgadza z metodą odprowadzania wypadniętéj macicy Thura Brandta i wspomina o swoim sposobie. Kol. Sielski leczył dotychczas podług swojéj metody sześć przypadków wypadnięcia macicy, z tego pięć z wynikiem zupełnie korzystnym, a w jednym przypadku chora przerwała leczenie. Za najlepszy dowód nieprawdziwości teoryi Brandta uważa tę okoliczność, że nikt nie potwierdził, jakoby Brandtowi udawało się istotnie wyleczyć tyłozgięcie macicy i że Brandt nie wyleczył ani jednego przypadku tego zboczenia w klinice Schultzego w Jenie. To też nie dziwi się, że Brandt — jak sam powiada — „daremnie wytężał całą potęgę swego umysłu i innych na darmo radził się, w jaki sposób możnaby wzmocnić wiązadłą okrągłe“. A przecież wiadomo, że wiązadła okrągłe składają się przeważnie z tkanki mięsnéj i że właśnie przy leczeniu tyłozgięcia macicy przedewszystkiem powinnaby się była metoda Thure Brandta okazać skuteczną, gdyby jego teoryja była istotnie prawdziwą. — Kol. Bylicki zaznacza, że kol. Sielski rozbierając szczegółowo to, z czego się składa metoda Brandta przychodzi do przekonania, że Brandt właściwie nic nowego nie stworzył, gdyż mięsienie i gimnastyka były już dawniéj znane. Otóż on stanowczo musi przytém obstawać, że zasługą Brandta jest stworzenie metody i wykształcenie w wysokim stopniu najlepszéj możliwie kombinacyi mięsienia z właściwemi ruchami gimnastycznemi. Tak rozbierając rzecz, jak ją rozbiera kol. Sielski, możnaby odmówić zasługi wynalazcy jakiéj użytecznéj maszyny twierdząc, że kółka, walce i sprężyny dawno były znane. Że ruchy przez Brandta zalecane bardzo dzielnie wspierają leczenie szczególnie zlepów macicznych i jajnikowych, w których rozdzielaniu Brandt jest mistrzem, dowodzi najświetniéj przypadek z kliniki Schultzego w Jenie, którego uleczenie nie powiodło się Nissenowi (nieużywającemu ruchów gimnastycznych w leczeniu), a powiodło się w krótkim czasie Brandtowi. Co do leczenia tyłozgięcia macicy, to obecnie ma kol. Bylicki w praktyce dwie chore, które po zupełnem odprowadzeniu macicy obchodzą się bez krążków, lecz codziennie przychodzą do kontroli dla wykonania podniesienia macicy. Czy da się osiągnąć rezultat trwały, to dopiero dłuższa obserwacyja może wykazać. — Kol. Czyżewicz widzi w metodzie Brandta cenny środek leczniczy, ale nie dający się zawsze z pewnym skutkiem zastosować; nie należy więc i o innych sposobach leczenia zapominać. N. p. za pomocą metody Brandta nie zawsze można wyleczyć chorą z tyłozgięcia macicy, bo jakkolwiek zdoła się macicę tak podnieść, że uderza o palce na brzuchu ułożone, to przecież macica zachowuje dawny kształt tyłozgięcia. Natomiast za pomocą sondy częstokroć udaje się zrobić dokładną repozycyję. Niezawodnie są przypadki tyłozgięcia, w których i sonda zawodzi. Daléj kol. Czyżewicz podnosi, że im kto większą technikę posiada w zastosowaniu pewnéj metody, tém lepsze osiąga wyniki. Z tego punktu widzenia nie dziwi się świetnym wynikom, jakiemi Brandt się chlubi, zwłaszcza, że mu przychodzą z dzielną pomocą słynne gimnastyczki szwedzkie. W dalszéj dyskusyi przemawiali jeszcze kol. Bylicki i kol. Sielski.

Sekrekarz: *Dr. Wiczkowski.*

[1]) Protokół ten redakcyja otrzymała d. 12 b. m., a więc po zamknięciu Nru 15-go.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dn. 9 b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości daty odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie. W roku 1888 zmarło 2461 osób, co stanowi z obcymi 33.2, bez obcych 24.5 na 1000. Chorobom zakaźnym uległo 15.2% ogółu zmarłych. W styczniu r. b. zmarło 185 czyli z obcymi 29.5‰, bez obcych 20.7‰, z czego 10.2% z chorób zakaźnych. Odpowie-

dnie liczby dla lutego były 188, 29.8‰, 22.4‰ i 9.0%, dla marca zaś 232, 37‰, 25.3‰ i 7.3%. Kwartał więc ubiegły należy do najpomyślniejszych pod względem chorób zakaźnych. Pomiędzy dziećmi prócz kilku przypadków płonicy nie panuje żadna choroba zakaźna. Starsze osoby zapadają dosyć często na zimnicę. Przeciw durowi osutkowemu wystąpiono energicznie i skutecznie, do czego przyczyniły się znacznie stósowne rozporządzenia starostwa wielickiego, zapobiegające zawlekaniu wymienionéj choroby do szpitala św. Łazarza w Krakowie. Odbywano rewizyje mleczarń, chajderów, ogrzewalni i t. d. Badanie chemiczne wódek, sprzedawanych w szynkach nawet najniższego rzędu, nie wykryło w nich aniliny. Za nieprawne wydawanie lekarstw skazano jedną osobę na grzywnę w kwocie 50 złr. Projekt przepisów o desinfekcyi mieszkań, w których przebywały osoby chorobami zakaźnemi dotknięte, wypracowany przez fizyka miejskiego przyjęto prawie bez zmiany tak, iż razem z przepisami o desinfekcyi przedmiotów używanych przez chorych, przez komisyję dawniéj uchwalonemi, będzie można niebawem zaprowadzić w Krakowie powszechny obowiązek desinfekcyi w chorobach zakaźnych. Delegatem do komitetu miejskiéj pracowni chemicznéj wybrano r. m. Dra Bandrowskiego. Po załatwieniu kilku spraw administracyjnych zwrócił r. m. Dr. Domański uwagę na potrzebę zbadania w szkołach miejskich ławek mających wielkie znaczenie dla zdrowia dzieci. Potrzebę tę uznano a do przedłożenia odpowiednich wniosków na jedném z następnych posiedzeń wyznaczono podkomisyję z Doktorów Obalińskiego i Rydla, r. m. Dr. Wiszniewskiego i Dra Buszka. Ponieważ z bardzo cennéj pracy pp. Prof. Dra Olszewskiego i Trochanowskiego nasuwa się podejrzenie, że woda w Wiśle (badana po zaczerpnięciu przy klasztorze Zwierzynieckim) pod Krakowem zanieczyszcza się, przeto na wniosek r. m. Dra Domańskiego postanowiono tę ważną okoliczność badać systematycznie. Wypadek badania zmian wysokości wody gruntowéj, odbywającego się już od pewnego czasu, uchwalono podawać regularnie co miesiąc do publicznéj wiadomości za pośrednictwem Przeglądu Lekarskiego i miejscowych dzienników politycznych.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 kwietnia. Wkrótce po śmierci nieodżałowanego protomedyka ś. p. Biesiadeckiego rozeszła się wieść, że posadę po nim opróżnioną p. Namiestnik ofiarował prof. Korczyńskiemu. Wieść ta okazała się prawdziwą, a zarazem dowiedziano się, że prof. Korczyński prosił o kilka dni czasu do namysłu. Uczniom, wielce do profesora swego przywiązanym, zależało oczywiście na têm, aby w miarę sił swych słabych wpłynęli na jego pozostanie w Krakowie. To też we czwartek wszyscy uczniowie medycyny, pozostali w Krakowie wśród wakacyj wielkanocnych, udali się do prof. Korczyńskiego, a w ich imieniu kand. med. Łepkowski prosił profesora, aby pozostał na swojém stanowisku i pracował dalej dla dobra ich i Uniwersytetu. Prof. Korczyński podziękował młodzieży za ten objaw przywiązania i oświadczył, że wezwany przez p. Namiestnika jeszcze nie wypowiedział ostatniego słowa i że uczyni to po głębokiéj rozwadze. W piątek wieczór przy widzeniu się z p. Namiestnikiem oświadczył prof. K., że ofiarowanéj sobie posady protomedyka nie przyjmuje, pragnąc nadal poświęcić się Uniwersytetowi, którego jest wychowańcem i w którym od lat 15 jest profesorem, a têm samém prowadzić dalej pracę około dobra młodzieży. Zaledwie wiadomość ta rozeszła się po mieście, gdy uczniowie medycyny postanowili w dowód wdzięczności uczcić profesora swego korowodem z pochodniami. Szybko urządzili pomiędzy sobą składkę i wieczorem w sobotę poważny poczet młodzieży udał się przy odgłosie muzyki z pochodniami przed mieszkanie profesora, gdzie zatrzymało się czoło korowodu, a do mieszkania udała się deputacyja uczniów Wydziału lek. (po 2 z każdego roku) i Czytelni akademickiéj, w imieniu któréj przemawiali kand. med. p. Ruczka i sekretarz czytelni p. Grzybowski, podnosząc zasługi profesora i dziękując za życzliwość jego. Prof. Korczyński w odpowiedzi oświadczył, że mając do wyboru między posadą wpływową i bogato uposażoną, jednak na teraz nie wolną od zawisłości, a stanowiskiem obecném, wołał zatrzymać zakres działania szczuplejszy, lecz niezawisły i na nim pracować dalej, kształcąc młodzież na dzielnych lekarzy, których uważa zarazem za pionerów oświaty. Od młodzieży nawzajem żąda współdziałania, a głównie uwolnienia się od szerzącego się coraz bardziéj indyferentyzmu, nie dzielenia się na liczne kółka i kółeczka, lecz łączenia się dla wspólnéj pracy.— Dziekan Wydziału lek. prof. Rydygier zawiadomiony przez profesora K. o nieprzyjęciu ofiarowanéj sobie posady we Lwowie, zwołał na poniedziałek 15 bm. poufne zebranie członków Wydziału, na którém zapadła jednomyślna uchwała, aby na najbliższem posiedzeniu Wydziału dziekan wyraził prof. Korczyńskiemu podziękowanie wszystkich członków za pozostanie jego nadal na ważném stanowisku profesora, ażeby uchwałę tę zapisano do protokółu a dziekan zdał sprawę Ministerstwu Oświecenia i z uchwały i ze zdarzenia, które ją wywołało, przedstawiając przy téj sposobności ponownie i dobitnie potrzebę uczynienia zadosyć postulatom, które prof. Korczyński ze względu na umieszczenie kliniki lekarskiéj, jej dotacyję i t. d. kilkakrotnie, a dotąd bez skutku był wyraził.

Tak więc sprawa ta pomyślnie dla Uniwersytetu została załatwioną; Wydział lekarski zatrzymuje dzielnego profesora, uczniowie zasłużonego i zdolnego nauczyciela i opiekuna młodzieży, Towarzystwo lekarskie gorliwego i pracowitego członka, a „Przegląd Lekarski“ życzliwego przyjaciela i tak cennego współpracownika.

* Akademija Umiejętności w Krakowie nadała stypendyjum tegoroczne ś. p. Gałęzowskiego w kwocie 5000 franków Drowi Obrzutowi, docentowi anatomii patologicznéj w Pradze czeskiéj i asystentowi prof. Hlavy.

* Otrzymaliśmy pierwszy zeszyt Seryi I. *Odczytów klinicznych*, wydawanych przez redakcyję *Gazety Lek.* w Warszawie Zeszyt ten zawiera: Heubnera „Dyfteryt szkarlatynowny i jego leczenie“ w tłumaczeniu Dra Dunina.

* W ubiegłém półroczu liczba uczniów medycyny w Uniwersytetach przedlitawskich była następująca: w Wiedniu 2648 (50·7% wszystkich uczniów), w Wydziale czeskim w Pradze 1092 (46·2 %), w Wydziale niemieckim w Pradze 622 (42·8%), w Gracu 522 (40·3%), w Krakowie 521 (43·2%), w Insbruku 261 (30·3%).

(T) **Rosyja.** Od marca zaczęło wychodzić w Petersburgu nowe czasopismo p. t. *Medicina* pod red. Dra Wasiljewa. W próbnym, przysłanym nam Nrze 2, znajdujemy: opis przypadku 30 lat trwającego rozwolnienia, a które zostało wyleczone po paru miesiącach salicylanem bizmutu (po 6 gr. 3 razy dziennie), następnie obserwacyję Obalińskiego i Jaworskiego „resekcyja odźwiernika“, wyjętą z Nru 5-go *Wiener klin. Wochen.* Pismo tanie (6 r. rocznie), wychodzi 2 razy tygodniowo, latem zaś raz na tydzień; przeznaczone specyjalnie dla praktykujących lekarzy, podając im głównie przekłady i streszczenia z obcéj literatury.

(†) W Akademii w Petersburgu zawakowała katedra patologii szczegółowéj chirurgicznéj i terapii, ponieważ zajmujący ją dotychczas prof. Pelechin ustąpił z powodu wysłużenia 25 lat.

(†) **Francyja.** Zjazd międzynarodowy w Paryżu w kwestyjach terapii i farmakologii będzie rozdzielonym na 2 sekcyje: terapeutyczną i farmakologiczną, które będą zgromadzać się częścią oddzielnie, częścią razem. Przyjmować w nim udział mogą lekarze, farmaceuci, weterynarze za opłatą 10 fr. Oddane są do dyskusyi następujące referaty: 1) O środkach ból kojących i obniżających temperaturę (Dujardin Beaumetz). 2) O środkach antiseptycznych przeciw rozmaitym rodzajom bakteryj (Constantin Paul). 3) O środkach wzmacniających serce (Bucquoy). 4) O nowych środkach lekarskich roślinnych (Planchon). 5) O ujednostajnieniu miar i wag w zapisywaniu lekarstw i o konieczności farmakopei międzynarodowéj (Shaer).

Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się w tym roku w Paryżu od 7—13 października pod przewodnictwem Larreya. Będą omawiane następujące kwestyje: 1) Bezpośrednie i dalsze skutki operacyj, wykonywanych z powodu miejscowych cierpień gruźliczych. 2) Leczenie chirurgiczne zapalenia otrzewny. 3) Leczenie tętniaków na kończynach. (*Wracz*, 1889 Nr. 11).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Petri, kustosz muzeum higijenicznego, mianowany został radzcą rządowym i członkiem ces. Urzędu zdrowia. — **Bonn.** Prosektor Dr. Schiefferdecker mianowany został profesorem nadzw. — **Budapeszt.** Drowie Schächter i Schwarz habilitowali się, ostatni jako docent neuropatologii, pierwszy jako docent „leczenia ran“. —

Praga. W skutek przeniesienia prof. Kahlera do Wiednia zastępować go będzie w półroczu letniém asystent Dr. Kraus.

* **Wiadomości osobowe.** P. Minister spraw wewnętrznych zamianował rodaka naszego, Dra Edmunda Neussera, docenta prywatnego i asystenta klinicznego, prymaryjuszem w statucie prymaryjuszów szpitali wiedeńskich.

* **Nekrologija.** Zmarli: Dr. Roman Ignatowski (urodz. w r. 1805, ozdobiony krzyżem „Virtuti Militari" w 1830, zasłużony głównie koło zdrojowiska w Ciechocinku); w Korsówce na Inflantach Dr. Julijan Jabłonowski (ur. w r. 1832, promowany w r. 1858 w Dorpacie, praktykował na Podolu, pochowany w Warszawie); w Kiszyniewie Dr. Kazimierz Malewski, starszy lekarz dragonów; Dr. Malicki, lekarz powiatu latyczewskiego i Dr. Józef Popławski, lekarz pow. sudogodzkiego w guber. włodzimierskiéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.
W Gazecie Lek. Nr. 15: Dmochowskiego: O wtórném cierpieniu migdałów gardz. i gruczołów woreczkow. na podstawie języka u suchotników; Winawera: O zapal. fałd Douglasa i tegoż leczeniu metodą Thure Brandta; — W *Medycynie* Nr. 15 Majkowskiego: Sprawozd. z prakt lek. u wód mineral. w Busku w r. 1888. — W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* 1889. 1.: Drobnika: O charłactwie śluzowo-opuchlinowém; Funka: Studyja klin. nad mięsakami skóry; Zawadzkiego: Wpływ wstrzk. podsk. znacznych ilości 0·07% roztworów soli kuchennéj (c. d.); Biernackiego: Wpływ na krew i mocz roztw. solnych (c. d.); Siergiejenki: Materyjały do badań nad działaniem adonidy na ustrój (c. d.).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Z. H. w Z. (Dalmacyja). Otrzymaliśmy, wyrównane za rok ubiegły.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków. 27 Kwietnia 1889. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnie pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 3½ "	" 6 "

I. Z Zakładu fizyjologicznego Prof. Cybulskiego w Krakowie.

O okresie utajonego podrażnienia nerwów błędnych

na podstawie własnych doświadczeń.

Podał
Dr. Jan Pruszyński
Asystent kliniki wewnętrznéj Uniw. Warsz.

Pomimo poważnych badań Pflügera[1]), Coatsa[2]), Nuela[3]), Dondersa[4]), Czermaka[5]), Tarchanowa[6]) i Czerepnina[7]) kwestyja utajonego podrażnienia nerwów błędnych nie jest jeszcze zupełnie rozstrzygniętą. Czas utajonego podrażnienia nerwów błędnych według Dondersa jest znacznie krótszym, aniżeli według wyliczeń Coatsa i Nüela, jakkolwiek i ci dwaj ostatni uczeni nie zupełnie się z sobą zgadzają; kwestyja zaś ilości niezmienionych uderzeń serca przed zjawieniem się pierwszéj zatamowanéj ewolucyi od Pflügera[8]) bardzo mało postąpiła. Doświadczenia Czermaka i Tarchanowa w zasadzie stwierdzają zdanie Pflügera, że pierwszą zatamowaną falę poprzedza jedno lub dwa niezmienione uderzenia serca, nie zgadzają się jednak co do wpływu, jaki ma podrażnienie w tym lub owym okresie ewolucyi: gdy bowiem według Czermaka maximum utajonego podrażnienia odpowiada dwom ewolucyjom, minimum rozskurczowi + jednéj całkowitéj ewolucyi, według Tarchanowa max. odpowiada rozkurczowi + 2 całkowitym ewolucyjom, minimum jednéj całkowitéj ewolucyi serca. W obec tego, że sam Tarchanow w uwagach umieszczonych w tłumaczeniu rossyjskiém Fizyjologii Fostera uznaje potrzebę dalszych dociekań nad tą kwestyją, zadaniem naszém było bliższe zbadanie téj sprawy, oraz wyszukanie warunków, od których zależy długość i charakter okresu utajonego podrażnienia nerwów błędnych. Do doświadczeń używaliśmy wyłącznie zwierząt ciepłokrwistych. Ewolucyje serca graficznie notowaliśmy jużto bezposrednio za pomocą akupunktury lub kardiografu, jużto pośrednio (w większości doświadczeń) łącząc jedną z tętnic udowych albo szyjnych z nowym kymografem Ficka. Nerwy błędne poprzednio przecięte drażnione były za pomocą elektrodów zwykłych lub Ostroumowa, sygnał zaś elektryczny notował czas, oraz początek i długość podrażnienia nerwów błędnych. Badania nasze doprowadzają do wniosków następujących.

A. Okres utajonego podrażnienia nerwów błędnych zależnym jest:

1) Od siły prądu przerywanego i ilości przerw na sekundę, mianowicie: długość okresu utajonego podrażnienia ma się do pewnego stopnia w stosunku odwrotnym do siły prądu i ilości uderzeń indukcyjnych; nie ulega jednak wątpliwości, że nie można oznaczyć stałéj siły prądu, któraby wywołała zatamowanie ani dla zwierząt ciepłokrwistych w ogólności, ani nawet dla osobników jednego gatunku, jakkolwiek na zasadzie naszych doświadczeń dojść możemy do wniosku, że zatamowanie otrzymuje się trudniéj u samic, szczególnie w okresie brzemienności lub karmienia.

Jako dowód zależności okresu utajonego podrażnienia nn. błędnych od siły prądu służą doświadczenia, w których przy zmianie siły prądu okres ut. podr. zmniejszał się od długości bardzo znacznéj do długości jednéj ewolucyi, a nawet był od niéj mniejszym. Przy prądach średniéj siły otrzymaliśmy jedną lub dwie nie zmienione ewolucyje i w tych przypadkach rezultaty naszych doświadczeń zgadzają się z twierdzeniem Tarchanowa.

2) Od czasu, który upływa między jednem a drugiem podrażnieniem nerwów. Jeżeli wkrótce po poprzedniem podrażnieniu, t. j., podczas gdy pulsacyje są jeszcze zwolnione, przystąpimy do nowego drażnienia tegoż samego nerwu, to okres utajonego podrażnienia może być krótszym, aniżeli czas rozkurczu podczas jednéj ewolucyi; i w takim razie, jeżeli podrażnienie rozpoczyna działać na

---

1) *Experimentalbeitrag zur Theorie der Hemmungsnerven. Müllers Archiv.* 1859. — 2) *Wie ändern sich durch die Erregung des N. vagus die inneren Reize des Herzens. (Arbeiten aus d. physiol. Anstalt zu Leipzig).* — 3) *Ueber den Einfluss der Vagusreizung auf die Herzcontraction beim Frosche (Pflügers Archiv., Bd.* IX). — 4) *Zur Physiologie des N. vagus (Pflügers Archiv, Bd.* 1). — 5) *Ueber die Wirkung starker Vagusreizung auf den Herzschlag. (Pflügers Archiv. Bd.* I). — 6) *Innervation de l'appareil modérateur du coeur chez la grenouille (Traveaux de laboratoire de* M. Marey, 1876). — 7) *K'Fizjologii zaderżywajuszczaho apparata serdca.* Rozp. dok. Petersburg 1881. — 8) l. c.

nerw zaraz z końcem skurczu, może już nie być żadnéj pulsacyi i zatamowanie występuje jakby bezpośrednio po zadrażnieniu.

3) Od odśrodków tamujących w samém sercu. Przy wstrzyknięciu do żyły małych dawek muskaryny, wywołujących słabe zwolnienie rytmu serca, pojedyńcze nawet podrażnienia wywołują zatamowanie u zwierząt, u których poprzednio objawu tego stwierdzić nie było można.

4) Od niektórych innych czynników, których wpływ na nerwy błędne i ich narządy obwodowe dokładnie nie daje się oznaczyć, mianowicie: Okres utajonego podrażnienia przy jednakowéj sile prądu zmniejsza się w pierwszym okresie asfiksyi, oraz przy zamianie azotu powietrza równą ilością kwasu węglowego, jako téż pod wpływem długotrwałego oddychania czystym tlenem, powiększa się zaś pod wpływem małych dawek strychniny, doprowadzających zaledwie do skurczów klonicznych. Lecz i tutaj znaczną gra rolę okres poprzedniego podrażnienia nn. błędnych jeżeli bowiem przy pierwszém zadrażnieniu otrzymujemy zwolnienie wyraźne, zaś zatamowanie dopiero po 30 ej pulsacyi, to wkrótce po ponowném podrażnieniu okres ut. podraż. występuje po jednéj lub dwóch niezmienionych ewolucyjach.

B. Twierdzenia, jakoby maximum wpływu tamującego występowało na początku działania prądu [1]) nie można uważać za bezwzględne. Zdarzają się bowiem przypadki (w zatruciu strychniną lub działaniu słabych prądów), gdzie wpływ podrażnień wywołanych przez oddzielne uderzenia prądu sumuje się, t. j. otrzymujemy do zatamowania szereg ewolucyj, z których każda następna jest dłuższą od poprzedzającéj.

C. Co do czasu okresu utajonego podrażnienia nn. bł. doświadczenia nasze przemawiają przeciwko cyfrom Dondersa, a za wyliczeniami Nüela: przy średniéj bowiem sile prądu okres ten trwał dłużéj niż $^1/_6$", jakkolwiek zastrzedz się musimy, że oznaczenia dokładnego nie zawsze udaje się dokonać, wskazać można tylko maximum i minimum jego długości, gdyż prawie nigdy nie jesteśmy pewni, na jaką część ewolucyi przypada początek wywołanego przez zadrażnienie efektu. Przy tém zaznaczyć wypada, że przy pewnych warunkach, jeżeli początek efektu przypada we wczesnym okresie skurczu, udaje się spostrzedz zatamowanie dalszego jego rozwoju tak, że skurcz nie bywa całkowitym i zostaje jakby przerwanym. Otóż jedynie w tych przypadkach można z niejaką dokładnością oznaczyć czas utajonego podrażnienia i w tych razach wynosił on od 0·40—0·45".

D. Pojedyńcze podrażnienia rzadko wywołują efekt w warunkach prawidłowych. U królików otrzymaliśmy zwolnienie pulsacyi słabsze przy zamykaniu, mocniejsze przy otwieraniu prądu przerywanego, u innych zaś zwierząt objawu tego stwierdzić nie mogliśmy.

Na podstawie naszych doświadczeń przyszliśmy do przekonania, że fakt, iż zwykle przy drażnieniu nn. bł. występuje zatamowanie dopiero po upływie jednéj, dwóch lub większéj ilości niezmienionych ewolucyj zależy jedynie od małéj względnie pobudliwości obwodowego narządu tamującego serca, oraz długiego jego okresu utajonego podrażnienia.

II. Miażdżyca tętnic i krwistość.

Wykład kliniczny Prof. Germain Sée'a w Paryżu miany w wydziale lekarskim w półroczu zimowem 1888/9 [2])

z upoważnienia prelegenta
ogłosił
Dr. Zygmunt Dobieszewski
lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie.

Miażdżyca tętnic jest chorobą najczęstszą u ludzi nad 50 lat liczących, a jeżeli ją za chorobę uważać nie zechcemy, jestto zboczenie organiczne, które najczęściej się wykrywa dopiero po śmierci; znajduje się ją u wszystkich starców w grubszych tętnicach, prawie bez wyjątku, chociaż za życia żadnym objawem się nie zdradza; jeżeli jednak wielkie przybiera rozmiary, albo dotknie drobnych tętnic, wtenczas zaburzenie czynnościowe występuje koniecznie; od tej chwili miażdżyca tętnic stanowi już chorobę, w ogólności tem groźniejszą, im bardziej rozszerza się na serce, wywołując w niem takiego samego rodzaju zwyrodnienie, albo stwarzając przeszkody w krążeniu przez zwyrodnienie lub zwężenie układu tętnicy głównéj, zmuszając przez to komórkę lewą do nadmiernéj pracy, do pracy kompenzacyjnéj, która zresztą rozwija się równie szybko, jak cudownie.

Choroba zdaje się pochodzić z dwóch źródeł:

1. Z przyczyn fizycznych. Przyczyny fizyczne tworzą przedewszystkiem przeszkody wewnątrz naczyń włosowatych powstające, które, jak wiemy, podnoszą parcie w naczyniach; otóż te zaburzenia mechaniczne pochodzą (z wyjątkiem starości) z przyczyn odstępstwa od zasad hygieny, od nadużyć popełnianych w życiu, albo od trybu życia siedzącego. Zobaczymy zaraz, w jaki to sposób ten rodzaj życia działa na ustrój.

2. Z przyczyn chemicznych nietrujących i trujących. Takiemi są alkoholizm, dna, moczówka cukrowa, w ogóle zboczenia, które łączymy z sobą jeszcze dotychczas pod nazwą teoretyczną diatezy, jak również kiła, a może i inne choroby zakaźne.

Przejrzyjmy po kolei te dwa rodzaje przyczyn.

Pośród zamożnych klas ludności znajdujemy dwa rodzaje osób, u których bardzo już wcześnie spostrzegano (pragnąłbym wiedzieć przy jakiej okazyi i w jaki sposób) podwyższenie parcia w naczyniach, świadczące o zmianie chorobowéj w takowych. Pierwszy rodzaj stanowią ci, którzy mało wykonywając ruchów, za wiele spożywają pokarmów bardzo pożywnych i napojów, u których wytwarza się brak odpowiedniéj równowagi między przybytkiem a ubytkiem ustrojowym z następową w skutek tego otyłością; drugi rodzaj przeciwnie przedstawiają ludzie chudzi, niekiedy nawet bladzi, u których żadnego innego do powstania choroby powodu odszukać nie można, chyba tylko ich życie siedzące, nieodłączne od ich zawodu.

Zobaczmy najprzód, w jaki to sposób rozwija się u jednych jak i u drugich owo podwyższenie parcia krwi, jeżeli ono rzeczywiście istnieje. Każde obfitsze spożycie pokarmów sprowadza przemijająco, powiada Fraenkel, pewne przepełnienie układu krwionośnego, a przez to samo pewne podwyższenie czynności przez czas jakiś. Jakkolwiek powiększony przypływ z żyły bramnéj i naczyń chłonicowych skierowanym bywa pierwotnie ku żyłom i pozostaje w nich, mogąc się tam pomieścić z powodu wielkiej rozciągliwości ich ścian, to jednak serce musi następowo podledz pewnego rodzaju przepełnieniu nadmiernemu; a ponieważ potrzeba pewnego czasu, ażeby ten nadmiar płynu doprowadzonego przez układ żylny został rozprowadzony przez serce po całym ustroju, to przypływ tego płynu odżywczego z tętnic do żył dopóty jest utrudniony, dopóki przejście całéj ilości płynu się nie ukończy. To nagłe powiększenie płynnéj części krwi i skutkiem tego zmiana przejściowa w rozchodzeniu się takowéj po ustroju musi być szybko wyrównana. Jeżeli przeto podobna sprawa się powtarza bardzo często, czyli, jeżeli układ naczyniowy otrzymuje nową ilość płynu, zanim wprowadzona poprzednio całkowicie z ustroju nie będzie wydalo-

---

[1]) *Forster Lehrbuch der Physiologie. Deut. Ausg.* 1881. st. 159.

[2]) Rękopism p. Dra Dobieszewskiego znajduje się w naszym ręku od d. 18 Marca r. b.

ną, powstaje po trochu, chociaż wprawdzie bardzo powoli, stale przepełnienie układu naczyniowego. W podobnym stanie przepełnienia, które ściśle następuje po każdym obfitszym posiłku, czynność serca nie ulega zmianie. W ten sposób rozwija się ten stan, który starożytni nazywali pletorą. Ażeby się ona rozwinęła, istnieją jeszcze inne, oprócz wykazanych przyczyn, warunki uspasabiające.

Brak ruchu. Przedewszystkiem opłakane są skutki braku czynności mięśni, kurczenie się bowiem mięśni przedewszystkiem ułatwia pracę serca, będąc głośnym czynnikiem dla ruchu krwi w układzie żylnym. Tym sposobem czynność mięśni przyczynia się bardzo do usunięcia zastojów przechodnich w układzie żylnym.

Wpływ otyłości ogólnéj i brzusznéj. Następowo nowe powstają zaburzenia. Brak ruchu ogranicza utlenianie pokarmów i ułatwia tycie. Nie potrzeba dla wywołania trudności w utlenianiu, aby otyłość była ogólną, wystarcza, aby się umiejscowiła w dolnéj części brzucha. W tych bowiem przypadkach nietylko tkanka tłuszczowa powłok brzusznych mocniéj się rozwija, ale tłuszcz osadza się i na kreskach i na narządach jamy brzusznéj, n. p. około nerek. W skutek tego powstaje ucisk tworzący nową przeszkodę dla swobodnego krążenia. Nie chodzi tu zresztą o ucisk tylko na same naczynia jamy brzusznéj, ale równocześnie ogólne krążenie jest dotknięte, albowiem fizyjologija uczy, jak ogromny wpływ na parcie w układzie tętniczym wywiera przepełnienie naczyń jamy brzusznéj z powodu ogromnéj ich pojemności.

Pełnokrwistość brzuszna w swych skutkach jest analogiczną do wyniku otrzymanego przy podrażnieniu nerwów naczynioruchowych trzewowych. Wiadomą jest rzeczą, że mięśnie naczyń jamy brzusznéj znajdują się w stanie czynnościowego skurczu za pośrednictwem nerwów trzewowych a raczéj wprowadza je w ten stan układ nerwowy ośrodkowy drogą wspomnianych nerwów; w obec tego po przecięciu tych nerwów parcie tętnicze skutkiem dopływu większéj części całkowitéj ilości krwi do naczyń kiszkowych rozszerzonych do ostateczności podlega znacznemu obniżeniu. Na odwrót zwężenie naczyń wywołane działaniem nerwów (jak to się otrzymuje przy drażnieniu tych nerwów prądem elektrycznym) sprowadza przejście krwi z tych naczyń najprzód do układu żylnego, a jako następstwo znaczniejszy przypływ krwi do serca, a ztąd z drugiéj strony podwyższenie parcia tętniczego.

Podobny zupełnie skutek do tego, który wywołuje podrażnienie nerwów trzewowych, sprowadza nagromadzenie się tłuszczu w jamie brzusznéj; te skutki dołączają się do tych, jakie wywołuje przepełnienie nieustanne układu naczyniowego nadmierną ilością płynów podczas trawienia powstałych.

Pełnokrwistość ogólna wynikająca z pełnokrwistości brzusznéj. Oprócz tego ponieważ skutkiem ucisku naczyń kiszkowych pojemność części tętniczéj układu naczyniowego zostaje zmniejszoną, pozostałe bowiem tętnice ustroju z powodu swéj sprężystości nie przedstawiają dosyć miejsca dla pomieszczenia zbytecznéj ilości krwi, znaczna zatem część takowéj musi się pomieścić w żyłach. W ten sposób u takich osób obok podniesionego parcia tętniczego wytwarza się ostatecznie rozszerzenie mniéj lub więcéj wydatne układu żylnego i takowe za pośrednictwem prawéj komórki serca rozciąga się aż na krążenie w płucach.

Następnym objawem téj zmiany w rozdziale krwi są żylaki, tworzące się w różnych częściach żył ustroju, w innych razach guzy krwawnicowe, chociaż do wytworzenia się tych ostatnich muszą przyczyniać się jeszcze zaburzenia w krążeniu miejscowem saméj jamy brzusznéj. Nakoniec przepełnienie naczyń płucnych jest jeszcze o tyle ważnem, że usposabia do nieżytów oskrzelowych za lada przyczyną, lecz to już należy do objawów późnych.

Zwolnienie krążenia w jamie brzusznéj i wyrabianie się gazów. Następstwa zaburzeń w krążeniu żyły bramnéj rozciągają się również na czynność samego trawienia. Jeżeli bowiem obieg krwi w jamie brzusznéj jest wolniejszy niż to ma zwykle miejsce podczas aktu trawienia i wchłaniania, to wynikiem tego muszą być zaburzenie w czynnościach przewodu pokarmowego. Zaburzenie to objawia się nieprawidłowem nagromadzeniem się gazów i stałem zaparciem stolca. Wzdęcie brzucha zwłaszcza jest objawem występującym stale, jak to świeżo wykazał Zuntz, gdy skutkiem zaburzenia w krążeniu czy to ogólnem, czy to miejscowem, występuje zwolnienie obiegu krwi w naczyniach błony śluzowéj jelit. W tych warunkach zmniejsza się zdolność krwi pochłaniania gazów tworzących się w treści jelitowéj. Dla nas nie objawy, jakie te gazy wywolują, ani zaparcie stolca ma największe znaczenie, ale ta okoliczność, że skutkiem wypełnienia i rozdęcia niemi jelit powstają nowe przeszkody dla swobodnego krwi obiegu w zakresie żyły bramnéj, a to odbija się znowu na ogólnem krążeniu.

W ten sposób przedstawiliśmy teoryję krwistości naczyniowéj (*la pléthore vasculaire*) Fraenkla, która jasno wykazuje zaburzenia w krążeniu, ale milczeniem pomija właściwą krwistość, t. j. tę, która pochodzi od powiększenia ilości krwi.

Właściwa krwistość jest więcéj niż wątpliwą; fizyjologija nie przyznaje jéj w zupełności, wynika to przynajmniéj z prac Worm-Müllera, Lessera i Cohnheima. Chociaż mniejszą lub większą ilość krwi zastrzykniemy do naczyń i wstrzykiwanie to powtarzać będziemy w krótkich odstępach czasu, to nadmiar ten krwi szybko ustępuje; ustrój bowiem w samym sobie posiada taką zdolność regulacyjną, że z łatwością pokonywa to przeciążenie, a dowody na to mamy następujące:

1. Liczba ciałek krwi, obliczana sposobem Malasseza, po przetoczeniu powiększa się zrazu, ale po upływie dwóch lub trzech dni zmniejsza się, a po tygodniu dorównywa pierwotnéj.

2. Badanie moczu jasno wykazuje, jak te ciałka krwi znikają; w dzień przetoczenia krwi widzimy powiększenie ilości moczu i mocznika, powiększenie tego ostatniego dopóty, dopóki ostatnie przetoczone ciałko nie zniknie.

3. Jak to znikanie jest wczesne, dowodzi zresztą także i ta okoliczność, że osocze (*plasma*) krwi znika pierwéj jeszcze niż ciałka i zostaje wydalonem częściowo z ustroju w postaci mocznika.

4. Również należy zaznaczyć, że zwierzęta po przetoczeniu krwi nie doznają żadnych zaburzeń, że pies któremu Lesser zastrzyknął dwa razy po 81 do 75% w stosunku do ogólnéj jego ilości krwi, nie przedstawiał żadnych zgoła zboczeń.

5. Cóż się więc dzieje z przetoczoną krwią? gdzie się ona podziewa przed usunięciem się z ustroju wszystkich jej części składowych? W naczynia włosowate i żyły jamy brzusznéj przelewają tętnice nadmiar swéj zawartości, jak tego dowodzą badania pośmiertne na zwierzętach, podczas gdy

kończyny, skóra, tkanka podskórna i układ nerwowy ośrodkowy nie zawierają krwi więcéj niż w stanie prawidłowym.

6. Jak się zachowuje ciśnienie krwi? Po każdem zastrzyknięciu krew, która przeszła przez płuca, wchodzi do układu tętniczego i podwyższa w nim parcie krwi na tak długo, dopóki wszystka jej ilość nie dojdzie do naczyń włosowatych i do początków żył; poczem parcie wraca do stanu prawidłowego; przy następnych przetoczeniach dzieje się to wolniéj z tego powodu, że naczynia włosowate w skutek poprzedniego przetoczenia są już przepełnione. Ztąd wynika, że serce, którego ani siła popędowa nie zostaje zmienioną, ani nie spotyka nowych przeszkód w rozprowadzaniu krwi po ustroju, nie przyspiesza swych uderzeń i rozprowadza krew tak, jak w stanie prawidłowym. Można sprawdzić łatwo, jak to uczynił Cohnheim, stałość, że tak rzec można, parcia krwi. Podczas wstrzykiwania krwi parcie podnosi się o 20 do 30 mm. rtęci; po kilku jednak minutach wraca do pierwotnéj wysokości. Jeśli się wprowadzi ilość dorównywającą połowie całkowitéj ilości krwi zwierzęcia lub nawet 4 proc. ciężaru jego ciała, parcie może się podnieść ponad pierwotną wysokość, ale podwyższenie to nie trwa dłużéj niż jednę minutę; jeżeli parcie przed przetoczeniem krwi było bardzo niskie, podnosi się ono po operacyi aż do wysokości normalnéj, poczem opada znowu, a wszystko to się dokonywa bez wszelkiéj zmiany w ruchach serca. To regulowanie się krążenia przychodzi do skutku bardziéj za pośrednictwem układu nerwowego niż za pomocą ilości krwi wstrzykniętéj; inaczéj przedstawia się rzecz u zwierząt, którym przecięto rdzeń pacierzowy, których zatem pozbawiono ich układu naczynio ruchowego; u takich zwierząt krew wstrzyknięta wywiera istotny, jakkolwiek nie stały, wpływ na parcie, i parcie nie przekracza nawet i wtedy pewnéj granicy.

(Dokończenie nastąpi.)

III. O poronnem leczeniu kiły

napisał

Dr. Z. Krówczyński we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Zanim przytoczę kilka historyj chorób, przypomnę, że wielu zwolenników wycinań twierdzi, iż przez wycięcie pierwotnego objawu kiły przebieg choroby bywa łagodniejszy, a objawy słabsze niż zazwyczaj. Tym zwolennikom odpowiada Fournier, że gdy na 20 przypadków kiły 19 razy bywa przebieg łagodniejszy, trudno przewidzieć, czy bez wycięcia nie byłby równie łagodny przebieg, a wreszcie zwraca uwagę, iż dotąd nie ma porozumienia, co przez łagodny przebieg rozumieć należy, czy nim jest dobrotliwość objawów wczesnych, która nie wyklucza złośliwości późnych objawów, i w końcu przypomina przypadki (Mauriac i Neumann), w których po wycięciu pierwotnego objawu kiły dalszy przebieg był złośliwszy. Dotąd nieliczne przypadki ostatniego rodzaju nie osłabiają przypuszczenia co do łagodniejszego przebiegu kiły po wycięciach, a poważna ilość przypadków o bardzo łagodnym przebiegu dozwala przypuszczać, iż przebieg kiły bywa łagodniejszy po wycięciu, ewentualnie zniszczeniu pierwotnego objawu niż w przypadkach, w których zniszczenia nie dokonano. Od czego zależy przebieg łagodniejszy, wytłomaczyć nie umiemy. Gdybyśmy wraz z Gemy'm [1]) przypuszczali, iż przyrzut kiłowy może być raz słabszym a drugi raz silniejszym, czém tenże autor tłomaczy różny przebieg kiły, a nie jak przeważna część autorów własnościami ustroju dotkniętego kiłą, wówczas przypuszczenie o istnieniu osłabionego przyrzutu, które to osłabienie przez wycięcie pierwotnego objawu powstawać by mogło, byłoby możliwe, gdy zaś dotychczasowe badania, dotyczące przyrzutu samego, téj kwestyi nie rozwiązują, zdaje mi się rzeczą nieracyjonalną kusić się o rozwiązanie téj sprawy w chwili, w któréj o własnościach przyrzutu kiłowego nie wiele wiemy i w któréj nie rozwiązano jeszcze stanowczo przyrody przyrzutu najprawdopodobniéj pasorzytniczéj. Aby módz rozstrzygnąć, czy rzeczywiście wycięcie pierwotnego objawu łagodzi przebieg, należy gromadzić spostrzeżenia przemawiające za łagodzeniem przebiegu, a do tych należy przypadek, który poniżéj podaję:

X. X. l. 27. dotąd zupełnie zdrów, przebył trypra chronicznego; ostatni raz spółkował przed dobą 2 marca 1883 roku, przedostatni raz przed 6-ma dniami, oba razy z tą samą kobietą. Obecnie na górnéj wewnętrznéj powierzchni napletka powierzchowne owrzodzenie wielkości soczewicy, u podstawy lekko naciekłe, bardzo mało sączące, gruczoły pachwinowe zupełnie nie zajęte. Znając chorego stosunki familijne i wiedząc, że tenże ma wkrótce się żenić, jakkolwiek nie miałem pewności, czy nadżerek jest zapowiedzią kiły, zoproponowałem natychmiastowe wycięcie. Gdy chory zgodził się, wyciąłem wspomniony nadżerek, przyznaję się jednak, że wraz z nadżerkiem nie wiele otaczającéj tkaniny wyciąłem. (Kobieta badana d. 5/3 okazuje bardzo wyraźne kłykciny na wargach sromu), 6/3 rana pokryta powierzchownym strupkiem, pod nim ropa krwawo-płynna; w pachwinie lewéj w głębi bardzo mało powiększony gruczoł i lekko bolesny; 9/3 zabliźnienie zupełne, blizna bez stwardnienia 20/3. W miejscu blizny nieznaczny nadżerek; zalecono przymoczkę z azotanem srebra 2/4. Ślad nadżerka 8/4. Wysypka plamista bardzo skąpa, powiększenie i zaczerwienienie migdałków. Po 3ech dniach ustąpiła wysypka bez leczenia, mimo to zalecałem wcieranie szaruchy po 3·00. Wówczas nie były zajęte ani gruczoły karkowe ani barkowe. Pacyjent użył 10 wcierań po 3 gramy i 10 po 4 gramy i odtąd nie było żadnych objawów kiły. W czerwcu 1884 pacyjent ożenił się, żona poroniła w 4-tym miesiącu najprawdopodobniej skutkiem upadku ze schodów. W rok późniéj urodziła dziecię zupełnie zdrowe, a przed pięciu miesiącami drugie, które dotąd nie miały żadnych objawów, jakie na karb kiły ojca kłaść by należało. Że w tym przypadku dotąd przynajmniéj był przebieg bardzo łagodny, zaprzeczyć nie podobna, a urodzenie dziecięcia drugiego zupełnie zdrowego nie przemawia za istniejącem zakażeniem ojca, jakkolwiek go nie wyłącza. Szczególném zjawiskiem w tym przypadku jest bardzo wczesne wystąpienie wysypki po okazaniu się pierwotnego objawu (35 dni). Bardzo podobny przypadek obserwowałem w rok późniéj. — A. A. poprzednio leczony na trypra chronicznego, widocznie skrofuliczny, rudy, l. 30, dobrze zbudowany i odżywiony, przebywał w wieku dziecięcym ciężko rozmaite choroby dziecięce; d. 22/10 1884 zgłosił się do mnie jako kilkudniowy nowożeniec i podał, że przed 34 dniami ostatni raz spółkował z prostytutką, a na dzień przed ślubem spostrzegł na wewnętrznéj powierzchni napletka owrzodzenie mało stwardniałe. Gruczoły w obu pachwinach mało powiększone; 23/10 wyciąłem owrzodzenie wraz z sporą częścią tkanin otaczających, a d. 25/10 poleciłem wcieranie miejscowe w gruczoły pachwinowe po 1ym. grm. dziennie. Gdy dnia 28/3 po wcieraniach powstał wyprysk, zaprzestałem leczyć wcieraniami. Rana zabliźniła się przez pierwozrost. Chory nie mogąc pozostać we Lwowie, odjechał do Wrocławia, polecony prof. Neisserowi, który stwierdzić miał na brzegu blizny świeże stwardnienie i takowe wyciął wraz z gruczołkami pachwinowemi dnia 12/11. Dnia 15/12 powrócił pacyjent do Lwowa i wówczas stwierdziłem obok niezabliźnionych ran po wycięciu gruczołów pachwinowych z obu stron: gruczoły karkowe i barkowe nie zajęte, na plecach cztery grudki mało łuszczące się, migdałki lekko obłożone i dość silnie powiększone. Natychmiast zaleciłem wcieranie po 4 grm.; tych użył pacient 20. Odtąd mimo, że nie było żadnych zresztą

[1]) *Traitement abortif et facteurs de gravité de la syphilis.*

objawów ogólnych, zrobił pacyjent dwoma nawrotami po 10 wcierań, a więc ogółem użył 40 wcierań i przez całe dwa łata spółkując z żoną, zabezpieczał się przed zarażeniem jej. Z początkiem r. 1887 zapłodnił żonę, która porodziła mu w październiku 1887 dziecię zupełnie zdrowe, u którego dotąd równie jak u ojca nie stwierdzono żadnych objawów kiłowych.

I o tym przypadku mam prawo to samo powiedzieć, co o powyżéj ogłoszonym t. j., że dotąd przebieg był bardzo łagodny.

O wiele ciekawszym jest następujący przypadek, który wskazuje niezbicie, że po wycięciu pierwotnego objawu jest możliwą reinfekcyja, a jakkolwiek przypadek reinfekcyi podany przez Julliena jest o wiele ciekawszy, bo reinfekcyja po kilkunastu miesiącach nastąpiła, podaję go w skróceniu, gdyż i ten przypadek przemawia za têm, iż po wycięciu bardzo często przebieg kiły bywa bardzo łagodny.

M. M. nauczyciel gimnazyjalny l. 28, zgłosił się do mnie dnia 10 marca 1886 i podał, że spółkował 1/3 i 8/3 z tą samą prostytutką, którą badając stwierdziłem, że oprócz wysypki grudkowéj rozrzuconéj po ciele, miała nacieki kłykcinowe w gardle i na sromie. 10/3. Rozpoznałem na téj podstawie owrzodzenie na wewnętrznéj powierzchni napletka, jako pierwotny objaw kiły, które wówczas było wielkości małego przeciętego grochu. Gruczoły pachwinowe po prawéj stronie małe, po lewéj jeden wielkości grochu niebolesny, najbliżéj wzgórka łonowego ułożony. 17/3 zupełne zabliźnienie bez wszelkiego stwardnienia, gruczoły karkowe nie powiększone, barkowe po prawéj stronie wielkości fasoli, migdałki powiększone. Do dnia 19/7 żadnych objawów, które należałoby odnieść do kiły, nie stwierdzono, w powyższym zaś dniu odnalazłem owrzodzenia bardzo powierzchowne na obu migdałkach. Zaleciłem oprócz miejscowego leczenia wewnętrznie sublimat i odtąd chociaż pacyjent przez całe dwa lata w krótkich przerwach mnie odwiedzał, nie odnalazłem żadnych objawów ogólnéj kiły. Po długiém niewidzeniu przedstawił mi się znowu pacyjent w r. 1887 dnia 2/9 z wyraźném owrzodzeniem pierwotném kiły, nieco stwardniałém na wewnętrznéj powierzchni napletka, a w têm samém miejscu, gdzie pierwszym razem owrzodzenie wycięto i drugiém w załamku ułożoném. Chory podaje, że w końcu czerwca spółkował, owrzodzenie spostrzegł w końcu lipca, a od kilku dni ma bardzo obfitą wysypkę plamistą na całém ciele. Gruczoły karkowe i barkowe miernie powiększone, pachwinowe po lewéj bardzo silnie zwiększone, mocno twarde i zupełnie nie bolesne. W dalszym przebiegu były mocno obłożone migdałki i łuki i mimo 30 wcierań po 4 gramy dwukrotnie wystąpiły nawroty w postaci zajęcia gardła.

Porównywając przebieg objawów po wycięciu z przebiegiem po powtórném zarażeniu się niepodobna zaprzeczyć, że w pierwszym razie przebieg był o wiele łagodniejszy. Mógłby ktoś zarzucić, że wysypkę i owrzodzenia, ktore w r. 1887 wystąpiły, należałoby odnieść do pierwotnego zakażenia w r. 1881. Zdaje mi się, że takie tłumaczenie byłoby sztuczne, a jakkolwiek poważni lekarze przytaczają przypadki, w których wysypka plamista po wielu latach od chwili zarażenia wystąpiła, to przecież wystąpienie wysypki w $1\frac{1}{2}$ miesiącu po okazaniu się wrzodów, które objawiły się w 4 do 5 tygodni po spółkowaniu, bardziéj odpowiada zwykłemu przebiegowi kiły, a przeto przemawia za reinfekcyją, która dla mnie nie ulega kwestyi.

Najbardziéj interesującym jest następujący przypadek, który jak sądzę, stanowczo dowodzi, że wycięciem pierwotnego objawu kiły można zapobiedz uogólnieniu się kiły.

D. 26 sierpnia 1885 zgłosił się do mnie dobrze mi znany i poprzednio kilkakrotnie leczony z powodu trypra i innych zmian wenerycznych miejscowych, N. N. lat 33, dobrze zbudowany i odżywiony, którego rodziców i całą rodzinę dokładnie znałem. Rodziców do najwyższych sfer intelligencyi należących, a przytém więcéj, aniżeli nabożnych trudno było podejrzywać, że przebyli kiłę. Mimo to ojca pytałem, czy nie przebywał w młodości i stanowczą odpowiedź otrzymałem, że nigdy żadną chorobą weneryczną nie był dotknięty. Wprawdzie takiego zapewnienia nie miałem od matki, bom jej pytać nie śmiał, ale sześć porodów zawsze zupełnie prawidłowych, brak poronienia lub jakiegokolwiek przypadku u zwykłych kiłowych, przemawiało za têm, iż matka choroby kiłowéj nie przebywała. Widząc po raz pierwszy pacyjenta dowiedziałem się, że po kilkumiesięcznéj przerwie spółkował po raz ostatni dnia 13 sierpnia, spostrzegł starcie przyskórka d. 15 sierpnia, a dopiero 28 sierpnia zdecydował się na wycięcie. Wówczas było owrzodzenie pierwotnego objawu w postaci grudki wielkości małéj fasoli, bardzo mało sączące, wyraźnie stwardniałe, ale gruczoły jeszcze zupełnie nie były zajęte. Moje rozpoznanie dokonane dnia 26 sierpnia potwierdziło dwóch innych lekarzy, których pacyjent i ojciec zapytywał o wartość wycięcia. Mimo to jednak badałem kobietę, z którą pacyjent spółkował i przekonałem się, że dnia 30 sierpnia oprócz odbarwionych plam na sromie wielkim miała kłykciny sączące na wargach wielkich. Dalszy przebieg w krótkich słowach opisać można. Obrzęk gruczołów pachwinowych nie wytworzył się, a pacyjent badany pierwotnie co tydzień, późniéj w 2—3—4 tygodni do dzisiejszego dnia nie miał żadnych objawów ogólnéj kiły, któréj uległ jego brat młodszy w rok późniéj i przebył bardzo ciężką kiłę z gorączką 39·5 i wrzodzącą wysypką w 4 miesiącach choroby i owrzodzeniem tylnéj ściany gardła z rozpadem.

Rozbierzmy nieco szczegółowiéj opisany przypadek. Jak powiedziałem, odpowiada on żądaniom Fourniera, albowiem konfrontacyja przekonała, że kobieta, z którą spółkował, była kiłą dotknięta; wywiady stwierdzają, że nie przebył ani nabytéj ani wrodzonéj kiły; obserwacyja trwała przeszło trzy lata, a tylko wylęganie się choroby trwało dwa dni; a do chwili wycięcia istniało owrzodzenie 11 ewentualnie 13 dni i okazało się w postaci grudki, a nie jak Bockhardt podaje, w postaci wrzodu mięszanego.

Mimo, iż opisany przypadek odpowiada wszelkim żądaniom Fourniera, nie jest ten przypadek przekonywający, jak bowiem zaraz wykażę, należy żądać jeszcze więcéj niż Fournier, a mianowicie niezbędném jest udowodnienie, że w danym przypadku stanowczo wycięto pierwotny objaw kiły, że bez wycięcia stanowczo wystąpiłyby były objawy ogólnego zakażenia. W obec spostrzeżenia dokonanego przez Barthelemyego[1]), które dotyczyło chorego z objawem, który należałoby uznać za pierwotny objaw kiły, a w którym to przypadku mimo dłuższéj obserwacyi żadnych objawów na skórze i błonach śluzowych prócz ogólnego obrzęku gruczołów nie było. W obec tego spostrzeżenia konieczną jest rzeczą pierwéj rozwiązać kwestyję, czy w każdym przypadku po pierwotnym objawie muszą wystąpić ogólne objawy, ewentualnie czy dotychczasowe dane, na których rozpoznanie pierwotnego objawu opieramy, są wystarczające. Gdy po sztucznych szczepieniach zawsze kiła występuje, przychylałbym się raczéj do przypuszczenia, że po przypadku opisanym przez Barthelemyego nie było pierwotnego objawu kiły, a do takiego tłómaczenia upoważniają mnie przypadki, obserwowane przezemnie, które w krótkości przytoczę. Dwa razy w przeciągu 4 lat obserwowałem chorego, który stanowczo kiły nie przebywał, a u którego mimo wyraźnego stwardniałego owrzodzenia na prąciu i zajęcia niebolesnego gruczołów pachwinowych, żadnych objawów kiły ogólnéj nie było, a po 8-miu tygodniach obrzęk gruczołów pachwinowych zupełnie zmalał i tracił pomału charakter specyficznego zajęcia gruczołów kiłowych. Przed rokiem obserwowałem podobny przypadek, w którym miałem sposobność skonfrontowania stanu u kobiety, z którą chory spółkował i przekonałem się, że kobieta była kiłą dotknięta, a chory, który dotąd stanowczo kiły nie przebywał, mimo iż tak charakter owrzodzenia się napletka, jak

[1]) *Sur les autoinoculation du Chancre syphilique.*

też zajęcie obustronne gruczołów pachwinowych przemawiały za objawem pierwotnym kiły, żadnych objawów ogólnéj kiły dotąd nie miał. Usprawiedliwia moje tłumaczenie przypadku Bartholemyego inny przypadek, spostrzegany przezemnie przed 6 miesiącami, w którym po miejscowém owrzodzeniu wystąpiło wyraźne stwardnienie u podstawy, obrzęk gruczołów pachwinowych, a późniéj karkowych u chorego, który spółkując z kobietą dotkniętą wrzodem miejscowym, nabył równie miejscowego wrzodu, po którym żadnych objawów kiły nie było. Nie mogąc podać większéj liczby spostrzeżeń z wycięciem, jakie w końcu przytoczyłem, pouczony bowiem doświadczeniem we wszystkich przypadkach po wycięciu podawałem rtęć, sądzę, że poważna ilość podobnych doświadczeń mogłaby stanowczo rozwiązać kwestyję co do wartości wycinań pierwotnych objawów kiły nawet w takim razie, gdybyśmy nie umieli rozwiązać kwestyi, w jakiéj drodze zakażenie się wytwarza i gdybyśmy nie uznawali doświadczeń Pontoppidana, Haslunda i innych jako udowadniających, że przez pewien czas pierwotny objaw kiły jest czysto miejscowém cierpieniem i że zwolna z miejsca wejścia jadu cały organizm się zakaża.

Reasumując to, co dotąd przytoczyłem, widzimy, że sprawę wycinań pierwotnych objawów kiły nie posunęliśmy daléj, niż ona po doświadczeniach Zarewicza[1]) stała, a który twierdził, ze wycięcie zdaje się łagodzić objawy ogólnéj kiły i że w niektórych przypadkach jad dłużéj zdaje się pozostaje w miejscu wejścia. W każdym jednak razie nie można potępić tych, którzy daléj prowadzą doświadczenia z niszczenjem pierwotnych objawów, czy to przez wycięcie, kauteryzacyję, lub prądem elektrycznym, a prawdopodobném jest, że w wyjątkowych przypadkach można zapobiedz uogólnieniu się kiły, gdy się wycina pierwotne objawy wcześnie okazujące się.

IV. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

W doświadczeniach z tebainą zauważyłem po raz pierwszy ciekawe zjawisko, odnoszące się do *Dyspnoe versuch*, zjawisko, które późniéj potwierdziłem w doświadczeniach ze strychniną. Jeżeli żabie hypnotyzowanéj nie otrutéj położymy na nozdrza bibułę zwilgotnioną wodą i po minucie, dwóch, gdy już objawy duszności zaczynają się rozwijać, zbadamy czucie odruchowe prądem przerywanym, to przekonamy się, że czułość skórna zwiększa się w porównaniu z tą, jaka istniała w hypnozie przed użyciem przeszkody. Jeżeli zaś zrobimy takie same doświadczenie z żabą otrutą strychniną lub tebainą, to w większości przypadków zauważymy zjawisko wprost przeciwne: czucie zmniejsza się jeszcze więcéj. W pierwszym przypadku dla wywołania odruchu trzeba użyć prądu siły słabszéj, w drugim — siły znaczniejszéj. Przy tém badaniu zwierzę często się budzi i po krótkim przeciągu czasu albo zaraz zręcznym ruchem łapki zdejmuje przeszkodę z nosa. Po uśpieniu go przekonywamy się, że czucie wraca do téj normy, jaka ma miejsce podczas hypnozy; to samo bywa, jeżeli zdejmujemy bibułę z nosa żaby przed jéj obudzeniem się własnowolnem lub pod wpływem podrażnienia: czucie staje się w tych razach normalnem prawie natychmiast, t. j. w pierwszym przypadku zmniejsza się, w drugim zwiększa. Zjawisko opisane występuje nie tylko w tym razie, jeżeli podamy porównawczo zwierzę kontrolujące i uśpione, ale, a jak to robiłem w większości doświadczeń, jeżeli badamy jedną i tą samą żabę przed zatruciem i po zatruciu (w hypnozie): obserwacyję można sprawdzić kilka razy na jednym egzemplarzu. Fakt odwrotnéj zmiany czucia u egzemplarzy zatrutych najwyraźniéj i najstaléj występuje wtedy, gdy stosujemy dawki średnie lub więcéj niż średnie jadów; przy bardzo małych dawkach czasami nie ma go i czucie po przyłożeniu papierka pozostaje bez zmiany, albo waha się na jedną lub drugą stronę. Fakt ten jest tem ciekawszym, że on jest cechą hypnozy: robiłem odpowiednie doświadczenia kontrolujące na nieuśpionych żabach i przekonałem się, że w tych razach nie ma prawidłowości: raz czucie nieco zmniejsza się bez zatrucia, drugi raz nieco się zwiększa przy zatruciu, w ogóle nie zmienia się prawie zupełnie. Przy doświadczeniach kontrolujących badanie jest nieco utrudnionem, ponieważ żaba sama szybko zdejmuje przeszkodę; ale jeżeli przeszkodzimy ruchom kończyn przednich, trzymając je w palcach, to możemy przekonać się o stanie odruchów po $\frac{1}{2}$—1 minucie.

W przytaczanych poniżéj doświadczeniach zobaczymy potwierdzenie faktów, otrzymanych w seryi pierwszéj eksperymentów, a następnie ilustracyję opowiedzianego teraz zjawiska.

A. Duża żaba zielona; najmniejsza siła prądu, wywołująca u niéj odruch z wewnętrznéj powierzchni biodra, odpowiada odległości cewki wtórnéj od pierwotnéj 168 mlm. Po dwóch hypnotyzacyjach odruch minimum przy 148 mlm., zwierzę budzi się: uśpiłem je znowu po minucie, odruch przy 145—141 mlm., żaba nie budzi się. Położyłem na nozdrza; po $\frac{1}{2}$ minuty, odruch już przy prądzie słabszym 152 (nie budzi się), po $\frac{1}{2}$ m., 159, żaba budzi się, zdejmuje przeszkodę po minucie. Hypnoza; po 7 minutach odruch przy 140 i zwierzę nie budzi się. Przeszkoda; zaraz potem odruchy nasiliły się do 155, nie budzi się. Zdjąłem bibułę i po minucie odruch zmniejszył się do 138 mlm. Zwierzę przebudziło się przytém; wstrzyknąłem mu 0,0004 grm. tebainy (g. 4 m. 35) i uśpiłem. Po 17 minutach (g. 5 m. 12) odruch przy 146 i żaba obudziła się. Od tego czasu budzi się przy każdém podrażnieniu elektryczném, sen stał się łekkim. O g. 5-téj m. 35, odruch 154, o g. 5 m. 45 160, o g. 6 m. 10 162. Położyłem bibułę na nozdrza i po minucie odruchy zmniejszają się do 143, zwierzę budzi się. Słabe objawy zatrucia.

Dnia następnego zrobiłem drugie doświadczenia z tą samą żabą (normalny odruch 178—180). Hypnoza zjawiła się nie łatwo, nareszcie po 3 hypnotyzacyjach wystąpił sen dość głęboki: odruch przy 154, po przyłożeniu bibuły 164, żaba obudziła się. Hypnoza znowu; po 10 minutach snu odruch 136 i ruchy; położyłem papierek, po minucie odruch przy 160, budzi się zwierzę i zaraz odrzuca przeszkodę. Hypnoza; po 5 minutach wstrzyknąłem 0,0006 tebainy (o g. 1 m. 35 popoł.) O g. 1 m. 43 odruchy nasilane do 162, o g. 1 m. 52—160, budzi się za każdym razem. O g. 1 m. 55 żaba obudziła się sama; w przeciągu 5 minut nie można było jéj uśpić zupełnie na czas dłuższy; hypnoza stała się tak lekką i czujną, jak na samym początku doświadczenia. O g. 2 m. 3 po 2 minutach snu odruch od 172, budzi się. Objawy otrucia; przy stuknięciu zwierzę drży. Hypnoza; położyłem bibułę po 2 minutach; zaraz w $\frac{1}{2}$ minuty min. 157, budzi się. O g. 2 m. 8 uśpiono żabę znowu; od tego czasu śpi głębiéj, chociaż objawy otrucia są silniejsze, niż przedtém. Drżenie przy stukaniu o stół, ale żaba nie budzi się. O g. 2 m. 15, odruch 168, o g. 2 m. 18—170, ale nie budzi się. Położyłem papier na nos żaby: po minucie odruch 150, po 2 minutach 146, po 3 144 nie budzi się. Zaledwie po 4 minutach 142, zwierzę obudziło się i po minucie zdjęło przeszkodę. Pozostawiłem ją dla odpoczynku; po 2 godzinach odruchy (nie w hypnozie) 168—170.

B. Doświadczenie robiłem na dwóch żabach, jedna z nich

[1]) *Przegląd Lekarski* 1885.

była kontrolującą, druga więcéj żwawa z odruchem 168—170 uśpiono: odrazu zjawiła się głęboka hypnoza. Po 10 minutach odruch 152 i przebudzenie. Uśpiłem ją i po 5 minutach wprowadziłem jednocześnie obu żabom po 0,0005 tebainy (o g. 5 m. 28 popol.). O g. 5 m. 35 żaba budzi się sama; sen stał się bardzo słabym, tak że nawet zwierzę budzi się przy dotknięciu go palcem. O g. 5 m. 38 we śnie odruch 174; budzi się; jasne oznaki zatrucia; uśpiono ją. Położyłem przeszkodę na nos; po ½ m. min. 157, zwierzę budzi się, Uśpiono ją. Od g. 5 m. 40 sen stał się znowu głębszym i zwierzę od stukn nie budzi się. O g. 5 m. 45 odruch 168, budzi się; w trzy minuty potem bez snu 190—192. W tym czasie u żaby kontrolującéj sposo [illegible] odruchy były 198—200 a przed tebainą 172—17 [illegible] n ły się bem u żaby znajdującéj się w hypnozie odr [illegible] zwiększy pod wpływem jadu troszkę po nad normę (najp [illegible] 68—170, w hypnozie 152, pod wpływem tebainy 168—1 [illegible]

C. Żaba, z którą doświadczenie w dniu p [illegible] n dała te same wyniki co zwykle, dnia drugiego była pc [illegible] kiego rodzaju obserwacyi. Odruch 165—168; wprow [illegible] od skórę 0,0004 tebainy; po 18 minutach przy zjawi [illegible] ucia bardzo wyraźnych odruch 185—190; uśpiłem [illegible] pierwszy; po 4 hypnotyzacyach, gdy sen trwał już 3 [illegible] ruch 163 i budzi się; hypnoza znowu (o g. 1 m. 12 [illegible] . 1 m. 15—154 i budzi się. Uśpiłem ją znowu; teraz [illegible] aż było otrzymać hypnozę niż w początku. O g 1 m. [illegible] uch 168 i żaba nie obudziła się; położyłem na nozdrza bib [illegible] zaraz odruch 155—152 i obudziła się. Objawy zatrucia słab ze niż przed snem. Hypnoza. O g. 1 m. 27 odruch od 165—168 i ruchy ku przechodzeniu; uspokoiłem zwierzę. Hypnoza stała się głęboką. O g. 1 m. 47 nadałem żabie normalne położenie; w 3 minuty potém 185—188. W 2 godziny po doświadczeniu odruchy 172—175; objawy drgawkowe prawie znikły.

W tém doświadczeniu, jak widzimy, odruchowość zwiększona pod wpływem tebainy zmniejszyła się do normy, a nawet niżéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Dochman: Gorączka wzgl. podwyższenie ciepłoty jako objaw siły leczniczéj przyrody.

Myśl ta mająca znaczenie tak teoretyczne jak również i praktyczne nie jest ściśle udowodnioną przez autora, co można było przypuszczać już *a priori* ze względu na dzisiejszy stan nauki, ale w każdym razie zebrał autor i połączył niektóre już oddawna znane spostrzeżenia, przytoczył niektóre nowe, przez siebie wykryte, które już same przez się są ciekawe. Autor przeprowadza myśl, że gorączka jest objawem walki fagocytów z obcemi ciałami, które się dostały do ustroju, t. j. bakteryjami, objawem ułatwiającym pierwszym zwycięztwo nad drugiemi. Opiera on swoją myśl na dwóch tezach, które też stara się udowodnić. Tezy te są: 1) samo podwyższenie ciepłoty jest korzystném dla zwalczenia w ustroju jadu chorobotwórczego i 2) zbiór objawów, występujących w gorączce, nie zależy wyłącznie od podwyższenia ciepłoty. Na dowód pierwszego twierdzenia przytacza on własne doświadczenia z kurarą. A mianowicie wstrzykiwał on kotom pewną ilość kurary i poddawał je działaniu wysokiéj ciepłoty (do 40°C. w kiszce odchodowéj), przyczém okazało się, że objawy zatrucia ustępowały po 1—2 godzinach gdy tymczasem u kotów pozostawianych w ciepłocie zwykłéj objawiała trucizna swoje działanie jeszcze po 3—4 godzinach. Że wpływ wysokiéj ciepłoty nie zależy od szybszego wydzielania kurary z ustroju, dowodzą doświadczenia, w których autor przed wstrzykiwaniem podwiązywał tętnice nerkowe. Oprócz tego udawało mu się wywoływać objawy zatrucia przez oziębienie zwierzęcia, u którego pod wpływem ciepła objawy te już były ustąpiły. Ztąd czyni autor wniosek, że podwyższenie ciepłoty nadaje komórce jakąś własność silniejszego opierania się truciźnie. Dla udowodnienia drugiéj tezy przytacza autor doświadczenia innych, wykazujące, że sztuczne podwyższenie ciepłoty w pewnych granicach jest nieszkodliwém dla ustroju, a daléj, że przy takiem podwyższeniu zwiększa się częstość uderzeń serca i podnosi się parcie krwi, podczas gdy w gorączce zwiększeniu ilości uderzeń tętna towarzyszy obniżenie parcia. Co do wpływu na trawienie, to przytacza autor swoje doświadczenia, gdzie podwyższenie ciepłoty przez ogrzanie zwierzęcia wywołało zwiększenie wydzielania żółci, a podwyższenie przez wstrzyknięcie istot gnijących zmniejszyło to wydzielanie. Daléj zjawiska nerwowe w gorączce zupełnie nie idą w parze z wysokością ciepłoty (n. p. dur brzuszny i powrotny). Wreszcie na poparcie swéj głównéj myśli przytacza spostrzeżenia, że choroby zakaźne jak kiła, wścieklizna, przebiegające bez gorączki są trudno uleczne, że objawy kiły często ustępują pod wpływem chorób ostrych, wreszcie wskazuje na zapomniane prace Dra Buisona, który leczył wściekliznę łaźnią parową, i na 80 chorych umarł mu tylko jeden. Autor jednakowoż nie twierdzi, że nie należy obniżać ciepłoty u ludzi w stanach t. zw. hyperpyretycznych, ponieważ sama znacznie podwyższona ciepłota wpływa szkodliwie na tkanki. Według niego zadaniem lekarza jest podtrzymywanie umiarkowanie podniesionéj ciepłoty i równocześnie zwiększenie utleniania. (*Meżdunarodnaja klinika* Nr. 1, 1889 r.) *A. W.*

Medycyna wewnętrzna.

Walter-Lazarus-Barlow: Tętno włosowate i jego wartość rozpoznawcza w chorobach serca

Uderzenie tętnic (tętno) jest następstwem nawału krwi podczas skurczu serca; napływ ten przenosi się i na naczynia włosowate, ale słabnie bardzo skutkiem tarcia krwi o ściany tętniczek, tudzież skutkiem coraz więcéj rozszerzającego się koryta naczyniowego, a nareszcie działa tu i sprężystość ścian tętniczych, utrzymująca mimo przerywanéj czynności serca jednostajny prąd krwi. Śród pewnych wszakże warunków, jak np. w śliniance w porze wytężonéj czynności wydzielniczéj, tętno przenosi się na żyły za pośrednictwem naczyń włosowatych. Jestto działanie nerwów rozszerzających w naczyniach doprowadzających, w których tarcie ościenne jest zmniejszone i przez które w pewnym czasie więcéj krwi przepływa, niż w stanie prawidłowym. W takich razach odbija się uderzenie serca i na żyłach — powstaje t ę t n o ż y l n e.

Tętno w ł o s o w a t e, wywołane przerywaném działaniem serca. można spostrzegać tylko wzrokiem. Najlepiéj badać tętno to na błonie śluzowéj, szczególnie górnéj wargi. Odwróciwszy wargę górną, uciska się pewne miejsce jéj błony śluzowéj szkiełkiem mikroskopijném, natenczas w przypadkach typowych postrzega się: W samym środku jest miejsce, do którego skutkiem ucisku szkiełka krew wcale nie dopływa; w pewnéj zaś odległości od środka znajduje się wąska smuga, która staje się to ciemno-czerwoną, to bledszą, a brzeg jéj zdaje się naprzemian poruszać tam i nazad. Czerwienienie powtarza się równocześnie z uderzeniem serca.

Autor badał w tym kierunku 75 osób. U 5 znalazł serce zupełnie zdrowe i brak zupełny tętna włosowatego. U 10 znaleziono chorobę serca, bez powyższego objawu; u 4 chorobę organiczną serca z tętnem włosowatém, u 2 skurczowy szmer anemiczny i tętnienie włosowate, 6 razy postrzegano tętnienie włosowate obok nieczystego drugiego tonu na podstawie serca. U niektórych wykazane tętnienie następnie znikało, a u pewnego chłopca 8 l. istniało trwale, choć tenże nie miał wcale cierpienia serca, lecz był dotknięty gruźlicą płuc.

Objaw ten nie jest następstwem zapadu, bo go autor nigdy nie spotkał ani w zapaleniu płuc, ani w rozmiękczeniu mózgu, ani w ostréj gruźlicy.

Pośród 55 przypadków chorób serca postrzegał autor następujące odmiany:

Podwójna wada aorty. tętnienie włosowate . . .	33
(W 8 sekcyja potwierdziła rozpoznanie).	
Szmer mruczący w drugiém prawém międzyżebrzu, tętno włosowate	2
Takiż szmer w témże miejscu bez t. wł. . . .	4
Wady zastawki dwoistéj, bez t. wł.	14
Stenosis ost. pulm. bez t. wł.	3

A zatém 83% przypadków tętna włosowatego dotyczyły wad aorty.

Autor przyznaje powyższemu objawowi znaczenie roz-

poznawcze w przypadkach wątpliwych wady sercowej. (*The Practitioner*, 1889, 4 marzec.) *Dr. Smoleński.*

(†) Dr. Stewart twierdzi, że chroniczne zapalenie wsierdzia występuje częściej na tle zatrucia ołowiowego, niż na tle reumatyzmu, kiły, lub alkoholizmu. I dla tego to we wszystkich przypadkach wad sercowych, których etyjologia jest wątpliwą, radzi on badać przedewszystkiem dziąsła. (*Wracz.* 1889, Nr. 10).

Chirurgija.

Sir W. Mac Cormac: **O cięciu brzusznem w celu leczenia uszkodzeń śródotrzewnowych.**

Autor dzieli uszkodzenia śródotrzewnowe na dwa główne działy, t. j. połączone z przebiciem jamy brzusznej lub powstałe przy całych powłokach brzusznych.

A. Uszkodzenia połączone z przebiciem ścian brzusznych.

a) Zdarzyć się mogą przypadki, w których jama brzuszna jest przebitą, a pomimo tego ani jelita ani inne narządy śródotrzewnowe nie uszkodzone. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie i wyjątkowe.

Przypadki takie znane są z wojny amerykańskiej: i tak uciekający jeniec został przybity bagnetem przez jamę brzuszną do ziemi i rana ta zagoiła się bardzo szybko. W drugim przypadku przeszyła strzała jamę brzuszną wszedłszy 3 cale na prawo od 5 kręgu lędźwiowego, a wyszedłszy 2 cale na prawo od chrząstki wyrostka mieczykowego. Wystąpiło lekkie ograniczone zapalenie otrzewnej, chory jednak w krótkim czasie zupełnie wyzdrowiał. Podobny przypadek znany jest jeszcze jeden z wojny amerykańskiej, a Hennen opisuje takiż z wojny z r. 1812. Beck opisuje z wojny r. 1870—71 siedm przypadków ran postrzałowych, w których nie można było wykazać zranienia trzew. Pięć z tych wyzdrowiało, ale i w tych powstały później przetoki kalowe i t. d., tak, że ich ściśle tu zaliczyć nie można.

b) Uszkodzenia trzew po ranach przebijających ściany brzuszne.

Ponieważ działu tak obszernego nie można tutaj tak wyczerpująco przedstawić, przeto ogranicza się autor do omówienia ran jelita cienkiego, jako najniebezpieczniejszych i najcięższych. Abernethy i John Bell nazywali je krótko śmiertelnemi, obecnie rokowanie wobec nich jest już nieco lepsze. Rany te powstają najczęściej przy bijatykach, gdzie się często nożem posługują. Najważniejszą czynnością lekarza w pierwszej chwili jest rozpoznać, czy ściana brzuszna jest przebitą, a w razie potwierdzającym, czy jest i przebicie jelita czy nie. W tym celu trzeba użyć sondy, a gdyby ta nam nie wystarczyła, rozszerzyć ranę. Jeżli się znajdzie ścianę brzuszną przebitą, należy natychmiast przystąpić do szerokiego otwarcia jamy brzusznej. To jest naturalnie zbyteczne, jeżli przez ranę w ścianach brzusznych wypadły jelita. W razie zranienia jelita zalecał już w r. 1783 Benjamin Bell szew jelitowy, występował zaś przeciw niemu gwałtownie John Bell radząc, jeżli jelito jest zranione w jamie brzusznej, zupełnie go nie ruszać i liczyć na to, że się może samoistnie zrośnie, a nazywając projekt Benjamina Bella zeszycia zranionego wypadniętego jelita i odprowadzenia go do jamy brzusznej wprost kolosalnem głupstwem. Obecnie jednak musimy przyznać zupełną słuszność Benjaminowi Bellowi. W ogóle przy zranieniu jelita, czy to wypadniętego czy w jamie brzusznej się znajdującego, wskazanem jest zeszycie tegoż i pozostawienie w jamie brzusznej, względnie odprowadzenie do tejże. Postępowanie drugie, mianowicie założenie sztucznego odbytu, nie zaleca się z wielu względów: najpierw dla tego, że szwy łączące jelito z ścianą brzuszną mogą także popuścić, a na szwie jelitowym dobrze założonym można polegać; po drugie odżywienie chorego w razie założenia odbytu w górnych częściach jelit jest bardzo upośledzone, a po trzecie w razie udania się tejże operacyi i wyzdrowienia chorego czeka go jeszcze druga ciężka operacyja, t. j. usunięcie sztucznego odbytu, co w obec nieświetnych sił chorego, szczególniej, gdy sztuczny odbyt był w górnych częściach jelit założony, jest tem niebezpieczniejszem.

Tylko w jednym razie zalecić można założenie sztucznego odbytu, t. j. jeżli jelito uległo obumarciu wskutek zaciśnięcia, natenczas bowiem jest bardzo trudno rozpoznać granicę chorego i zdrowego jelita.

Dawniej twierdzono, że tylko większe rany jelit należy zeszywać, gdyby zaś długość rany była mniejszą niż $^1/_4$ cala, to liczyć na zrośnięcie się samoistne. Przeciw temu jednak wystąpił już także Benjamin Bell, twierdząc, że przez każdą najmniejszą rankę może kał wypłynąć, radzi więc słusznie każdą zeszywać. Co się tyczy sposobu szycia to, aby szew był dobry, powinny 1) dwie o ile możności równe powierzchnie być zeszywane, 2) szew nie powinien przebijać błony śluzowej, bo w takim razie mógłby po nitce kał wypłynąć i 3) ten szew jest najlepszy, który można w jak najkrótszym czasie założyć.

Pierwszy miał Rambdohr w r. 1730 przecięte jelito zeszyć z dobrym skutkiem. W r. 1745 miał Duverger osiągnąć zrośnięcie jelita za pomocą włożonego do światła tegoż stosownego cylindra — tego sposobu używano już w 13-tém stuleciu. (Dok. nast.).

(†) Drowie Péan, Ballet i Gelineau wykonali z dobrym skutkiem wycięcie nowotworu czaszko-mózgowego. Chory mężczyzna 28 lat liczący zaczął cierpieć na padaczkę od 22 roku. Sposób występowania padaczki przyprowadził autorów do wniosku, że przyczyną téjże jest porażenie ośrodka ruchowego odnogi dolnéj prawéj. A ponieważ chory nie miał ani kiły, ani grużlicy, należało więc przypuścić istnienie nowotworu. Po wywierceniu czaszki i przecięciu opony twardéj, która była zupełnie nie zmienioną, znaleziono na wewnętrznéj powierzchni opony miękkiéj nowotwór, który wytworzył wskutek ucisku zagłębienie w istocie mózgowéj. Nowotwór ten wycięto i badanie mikroskopowe wykazało, że był to fibrolipoma. Rana wkrótce się zagoiła i chory od dwóch miesięcy jest już zupełnie zdrowym. (*Le Bulletin Médical*).

(†) Na posiedzeniu londyńskiéj Clinical Society opisał Dr. Mayo Robson przypadek skutecznego przesadzenia nerwu 14-letniéj dziewczynce, u któréj wycięto nowotwór, wychodzący z nerwu pośrodkowego na prawem przedramieniu, przyczém zaraz po operacyi wystąpiła bezczulość ręki. W dniu następnym przesadzono do rany kawałek nerwu goleniowego tylnego z królika i umocowano w niéj za pomocą dwu szwów na końcach. Po 5 tygodniach znikły wszelkie objawy bezczułości. Głównemi warunkami skutecznego przesadzania nerwów są podług Dra R. następujące: 1) Kawałek przesadzony nie powinien być rozciąganym; 2) należy obchodzić się z nim jak najostrożniéj; 3) przesadzać należy świeżo wycięte kawałki; 4) dla zeszycia wystarcza po jednym szwie na każdym końcu; 5) cała operacya powinna być przeprowadzoną ściśle antiseptycznie. (*The Illustrated Medical News*).

Choroby kobiece.

G. Jasiński: **(Des injections intrauterines dans l'infection puerperale.** Paris 1889.)

Po wyczerpującem zestawieniu literatury wstrzykiwań śródmacicznych w przypadkach gorączki połogowéj, w których istoty zakaźne dostają się z jamy macicy do krążenia krwi, podaje autor kilka przypadków przez siebie obserwowanych w klinice Budina. Omawiając możebne niemiłe zajścia, jakie się podczas zabiegu przydarzyć mogą, przeczy stanowczo, aby płyn wstrzykiwany mógł się dostać przez trąbki do jamy brzucha; podobnież przeczy, aby się mogło dostać powietrze do żył podczas wstrzykiwania śródmacicznego. W zamian obawia się możliwego przebicia ścian macicy za pomocą kanki i opisuje odnośny przypadek, zakończony zejściem śmiertelnem. Na uwagę zasługuje bardzo dokładny i szczegółowy opis, jak podobne wstrzykiwania wykonywać należy. W rezultacie poleca gorąco wstrzykiwania śródmaciczne w odpowiednich przypadkach, wymaga jednak, aby używać kanki, którąby zabezpieczała odpływ płynu wstrzykiwanego i za pomocą któréj można dokładnie jamę macicy przepłukać. W tym celu poleca kankę podaną przez Budina. Zwraca uwagę, aby kankę wprowadzać do macicy ostrożnie, bez użycia siły, ze względu na możność przebicia ściany macicy. Do wstrzykiwań radzi używać rozczynu sublimatu 1 na 5000, a gdy ten przeciwwskazany, 2% rozczynu kw. karbolowego. *Mars.*

Buschmann donosi na posiedz. Tow. lek. wiedeńskiego o przypadku, w którym istniały zaburzenia w miesiączkowaniu tego rodzaju, że w przerwach między regularnością występowały

obrzęki całego ciała, nadto dawało się wykazać powiększenie wątroby i śledziony. Szczególnie obrzmiewały stawy. Skóra na sutkach tak obrzękała, że się obawiano, aby nie pękła. Nadto miewała chora rozlane bóle nerwowe. Z chwilą rozpoczęcia się miesiączki wszystkie objawy ustępowały; stan taki ógólnego dobrego stanu trwał 8 dni, poczem wszystko powracało. Wszystkie możliwe sposoby leczenia zewnętrznego i wewnętrznego zawodziły; dopiero mięsienie, wprawdzie z początku bolesne, przyniosło choréj ulgę; nie mało przyczyniło się do tego leczenie karlsbadzkie. Poprawa jednak trwała tylko kilka miesięcy, poczem wszystkie objawy powróciły. Na zaleconą kastracyję chora zgodzić się nie chce. Podobny przypadek widział B. u 14-letniéj dziewczyny w Kairo, tam mięsienie sprowadziło ropne zapalenie stawów. (*Wiener med. Woch.* 1889 Nr. 1).

Dr. Kraus.

Choroby oczne.

J. Vose Solomon. **Wycięcie gruczołu łzowego w przypadku łzawienia.**

Pierwszy Perciwal Polt zwrócił uwagę na to, że zwężenia przewodu noso-łzowego możnaby leczyć w ten sam sposób jak zwężenia cewki moczowej, ale dopiero Bowmanowi zawdzięczamy podanie sposobu, którym skutecznie można zboczenie to usunąć. Przecięcie przewódki łzowej i wprowadzanie zgłębników znosi większość chorych bardzo dobrze i leczenie to w większej części przypadków prowadzi do pożądanego wyniku. Ale zdarzają się przypadki, w których leczenie tym sposobem napotyka na nieprzezwyciężone trudności a wtenczas należy szukać innej drogi, któràby można dojść do celu. W takiem położeniu znalazł się Solomon w obec chorej, u której wprowadzanie zgłębnika do dróg łzowych wywoływało przypady tak niebezpiecznego zapadu, że dalsze leczenie tym sposobem było wprost niemożebne. Ponieważ jednak chora chciała się pozbyć łzawienia, przeto Solomon przystąpił do wycięcia gruczołu łzowego. Rana zagoiła się przez rychłozrost a wynik był zupełnie dobry. Autor poleca więc ten sposób, ale tylko w przypadkach, w których metoda Bowmana napotyka na wielkie trudności a więc wtenczas, kiedy wprowadzanie zgłębników wywołuje objawy zapadu lub napady nerwowe. (*The Lancet* Nr. 8, 1889). *A. R.*

Choroby uszne.

Doc. Gradenigo (Turyn). **O peryjodycznem krwawieniu z ucha zewnętrznego przy nietkniętéj błonie bębenkowéj.**

W numerze 13 Przeglądu Lekarskiego r. z. referowałem o przypadku okresowo powracającego krwawienia z ucha przy nieprzedziurawionéj błonie bębenkowéj, spostrzeganym przez Eitelberga w Wiedniu (*Internat. klin. Rundschau* Nr. 3—4). Na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Turynie donosi Gr. o innym przypadku pod wielu względami podobnym do pierwszego. Dotyczy on dziewczyny 15-to letniéj, która okazywała wybitne objawy macicznicy i doznawała od dłuższego czasu silnych bólów głowy w okolicy czoła. Jednego dnia ukazało się u niej lekkie krwawienie z ucha zewnętrznego, które okresowo się powtarzało, szczególnie podczas miesiączkowania. Przy dokładnem badaniu można było spostrzedz w przewodzie usznym obok kilku małych strupów krwi zaschniętéj obecność małych czerwonych punkcików, które prawdopodobnie przedstawiały otwory gruczołków łojowych, z których krwawienie pochodziło, co również przypomina wymieniony przypadek Eitelberga. Przy wkraplaniu wyskokowego rozczynu kwasu borowego w przewód słuchowy i odpowiedniem wewnętrznem lekarskiem i dyjetetycznem leczeniu zboczenie to zupełnie ustąpiło. Na uwagę prof. Morellego, że trzeba w takim przypadku podejrzywać zręczne udawanie i oszukiwanie przez chorą, odpowiada G., że przypadek przez niego spostrzegany nie jest jedynym w literaturze i przytacza profesora de Rossi (Rzym), który spostrzegał wystąpienie krwi z przewodów gruczołów łojowych. (*Internat. klinische Rundschau* 1889, Nr. 10). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

A. Morrow: **O idyjosynkrazyji w leczeniu swoistem kiły.**

N. rozróżnia trojakiego rodzaju zboczenia w działaniu swoistych środków przeciw kile używanych (rtęć, jod) od zwykłego ich działania: po pierwsze nadzwyczajna wrażliwość w obec fizyjologicznego i trującego działania tychże leków; po drugie wywoływanie nieprzyjemnych objawów ubocznych na skórze i błonach śluzowych, lub w innych narządach; po trzecie niewrażliwość ustroju na lecznicze ich działanie. Gdy istnieje wielka wrażliwość w obec rtęci, wtedy nic nie pomoże, jeżeli się zmniejszy jéj dawkę, gdyż istnieje tu właśnie idyjosynkrazyja i ustrój oddziaływa na najmniéjsze ilości. Podczas gdy zwykła wysypka jodowa nie stanowi przeciwwskazania dla dalszego używania jodu, to inaczéj całkiem rzecz się ma w cięższych przypadkach. I tak powstały w jednym przypadku silne obrzęki w skórze, a równocześnie wystąpiło osłabienie, bezsenność, silne bóle głowy i gwałtowne nieżyty błon śluzowych w skutek używania jodu. W takich razach należy porzucić leczenie swoiste, a wskazane jest wtedy obok ogólnego wzmacniającego działania szczególnie staranne leczenie miejscowe. M. poleca gorąco w silnie ropiejących wrzodach kiłowych tlenek wodu. W przypadkach, w których działanie środków swoistych jest nadzwyczaj małe, należy mniéj starać się o wyszukanie środków takowe zastępujących, jak raczéj poprawić i wydoskonalić sposób ich podawania. W końcu ostrzega M. przed wszelkim szematyzmem w leczeniu kiły (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*)

Dr. Baschkopf.

Fournier: **Statystyka przyczyn kiły u kobiet.**

F. podaje w celu wykazania, jak wielką jest odsetka „kiły niewinnych“, dokładną statystykę o 887 niu kiłowych kobietach ze swéj prywatnéj praktyki, o których robił starannie zapiski. Między temi znajduje się 842 przypadków kiły nabytéj przez spółkowanie, 45 czyli 5% zakażenia przypadkowego, nabytego w inny sposób: 7 przypadków kiły dziedzicznéj, cztery przypadkowe zarażenia w wieku dziecięcym, ośm mamek zarażonych przez oseski, pięć położnych zarażonych podczas wykonywania swego zawodu, dwanaście zakażeń przez mamki, służące i t. d., dwa przez szczepienie ospy, dwa przez kateteryzowanie trąbki Eustachijusza, jeden w skutek zgwałcenia, cztery przypadki kiły w sposób nieznany nabytéj, ale na pewne nie przez spółkowanie. Między 842 kobiet zarażonych przez spółkowanie było 220 zamężnych. F. oblicza, że 19—20 % wszystkich tych kobiet zostało zarażonych przez swych małżonków. Do liczby téj należy jeszcze dodać 5 % przypadkowego zarażenia. W praktyce więc Fourniera było na 100 kobiet kiłą dotkniętych 24—25 „niewinnie“ zarażonych. Słusznie odzywa się autor, że ta przestraszająco duża liczba, która jego samego zadziwiła, powinna także i dla tych być wskazówką, którzy twierdzą, że kiła jest zasłużoną karą za wyuzdane życie. (*La semaine médic.*)

Dr. Baschkopf.

Rozmaitości z praktyki lekarskiéj.

1) Leczenie błonicy przez nasolanie lub nacukrzanie migdałków. A. Seibert w Nowym Jorku wprowadza zaraz przy pierwszéj wizycie u chorego, na trzonku od łyżki sproszkowanéj soli kuchennéj raz na jeden, drugi raz na drugi migdałek. W razie dostania się soli w okolicę krtani powstaje silny kaszel, a chorzy wyrzucają błony nekrotyczne. W takim razie obsypuje S. powtórnie obnażoną powierzchnię migdałka solą kuchenną.

Lorey znów poleca w tym samym celu wdmuchiwanie cukru sproszkowanego do miejsc zajętych i płókanie połyku rozczynem soli kuchennéj. (*Münch. med. Woch.*) W obec częstości dyfteryi po naszych wsiach, należałoby leczenia temi środkami domowemi próbować.

2) Leczenie poronne zapalenia włóknikowego płuc uskutecznia prof. Petrescu z Bukaresztu przez podawanie bardzo wysokich dawek naparstnicy według przepisu:

Rp. *Foliorum digitalis* 4·0—6·0
Aq. dest. . . . . 200·0
f. infusum. Adde
Syrupi simpl. . . 40·0
M. D. S. Co pół godziny łyżkę zażyć.

Chorzy dorośli zażywają codziennie 8—12 gm. (!!) liści naparstnicy; dzieci 1—2 gm. Choroba przełamuje się według autora dnia trzeciego, a chorzy „w dzień potem są zupełnie silni i zdolni do pracy“. Przy téj medykacyi, któréj autor stosował w 557 przypadkach, wynosi odsetek śmiertelności 1,22, podczas

gdy autorowie podają dotąd cyfrę 7—15% (Odczyt w *Académie de médecine* w Paryżu).

3) Dur brzuszny przebiega według Steppego pomyślnie przy używaniu chloroformu dziennie po 1 gm. na 150 aq. d. w trzech dawkach. Ilość leku może być jeszcze większą. Korzystne działanie chloroformu polegało według autora na tem, że zajęcie senzoryum szybko ustępowało, a w gorączce nastawały remisyje. (*Münch med. Woch.*).

4) Przepłókiwania żołądka w nagłych przypadkach, n. p. po otruciach, uskutecznia Ewald w sposob lewarowy, biorąc zwyczajną rurkę kauczukową od gazu i przystosowując do niéj zamiast lejka szyjkę flaszki, któréj dno zostało wybite. (*Klinik der Verdauungskrankheiten*).

5) Swędzenie w pokrzywce usuwa Vidal przez zmywania roztworem

Rp. *Chloral. hydrat.* . 3·0
Aq. laurocerasi. . 50·0
Aq. dest . . . . 200·0

W. J.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 9 lutego 1889 r.

Przewodniczący: Prof. Dr Merczyński: Obecnych członkow 35.

Kol. Przewodniczący zagaja posiedzenie serdeczną przemową, w któréj podziękowawszy członkom Sekcyi za okazaną mu przez wybór życzliwość i zaufanie zapewnia, że dołoży wszelkich starań, ażeby się z powierzonego zadania należycie wywiązać. Przyznaje jednak, że to nie będzie rzeczą łatwą, zwłaszcza, że obowiązki przewodniczącego obejmuje po tak zasłużonym poprzedniku, jakim był prof. Dr. Czyżewicz, który w roku zeszłym tak gorliwie i skutecznie trudził się dla dobra Towarzystwa i dla tego prosi członków Sekcyi o pobłażanie i pomoc. Najprzód odwołuje się do tych kolegów, których nazwiska znane już są w literaturze lekarskiéj, aby i nadal zechcieli zasilać Towarzystwo swemi pracami naukowemi. Następnie prosi o pomoc kolegów specyjalistów. Przy dzisiejszym nader szybkim rozwoju umiejętności lekarskich trudno przychodzi lekarzowi zajętemu praktyką śledzić równocześnie za postępem nauki we wszystkich specyjalnych gałęziach. W obec tego będzie pożądaném i bardzo użyteczném, aby koledzy specyjaliści na posiedzeniach Sekcyi podawali sprawozdania z postępu nauk w poszczególnych gałęziach i w ten sposób dopomagali kolegom do poznawania nowszych zdobyczy naukowych. Daléj podnosi kol. Przewodniczący, że Towarzystwo obok zadania naukowego ma zadanie, wpływać na prawodawstwo zdrowotne. Wkrótce będzie Towarzystwo miało sposobność do działania w myśl tego zadania. W roku bieżącym ma być w Sejmie przedłożony projekt organizacyi służby zdrowia w gminach. O potrzebie i doniosłém znaczeniu tej instytucyi nie potrzeba nikogo przekonywać, a jednak obawiać się można, że sprawa zostanie znowu odwleczoną dla uniknięcia kosztów, jakie ta organizacyja służby zdrowia w gminach za sobą pociągnie. Obowiązkiem zatém Towarzystwa jest zająć się gorliwie tą sprawą, wykazać konieczność i niewątpliwe korzyści takiej organizacyi i użyć całego swego wpływu do pomyślnego jej przeprowadzenia. Wreszcie przypomniał kol. Przewodniczący, że w zakresie działania Towarzystwa leży téż czuwanie nad interesami i godnością stanu lekarskiego i że w tym kierunku pozostaje obecnie nieco do zrobienia. W ostatnich czasach, może w skutek napływu lekarzy do Lwowa, wzmogła się konkurencyja zawodowa, obowiązkiem zatém Towarzystwa jest zapobiegać, aby konkurencyja ta nie zeszła na niewłaściwe tory i nie naraziła interesów i godności stanu lekarskiego. Przemowę swoją zakończył kol. Przewodniczący życzeniem, aby na przyszłém dorocznèm posiedzeniu członkowie Towarzystwa mogli powiedzieć, że rok ten nie upłynął bez korzyści dla rozwoju Towarzystwa i stanu lekarskiego i aby to ciało naukowe, jakie stanowimy, odznaczało się nie tylko rozumem, ale czuło zarazem uderzenie serca ożywionego szczerą życzliwością i koleżeńską przyjaźnią.

Po oklaskach, jakimi to przemówienie ogólnie przyjęto, kol. Przewodniczący przedstawił nowego członka Dr. Piotra Kucharskiego ze Lwowa.

2) Kol. Barącz przedstawił 35-letniego mężczyznę, u którego przed 13-ma dniami przy obustronném podwiązywaniu tętnic kręgowych z powodu padaczki wyciął po stronie prawéj szyji około 5 ctm. długi kawałek nerwu współczulnego, zawierający zwój środkowy i dolny. Do tego czasu chory po operacyi ma się dobrze, napadu padaczkowego nie miał, a rany po obu stronach szyji zagojone przez rychłozrost.

3) Kol. Prus wspólnie z kol. Wehrem przedstawili czteroletnią dziewczynkę ze skoliozą statyczną.

Dyskusya nad przypadkami 2. i 3. została odłożona do następnego posiedzenia.

4) Z kolei kol. Merunowicz mówił: „O nadzorze lekarskim w szkołach.“ Wspomniawszy, że sprawą tą zajmuje się już Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych, które na walném zgromadzeniu w maju 1888 uznało potrzebę nadzoru lekarskiego w szkołach średnich i poleciło Wydziałowi Towarzystwa, aby w celu zaradzenia tej potrzebie stanowcze poczynił kroki, uważa za odpowiedne i pożądane, ażeby i Sekcya lwowska Towarz. lekarsk. galic. przyłączyła się do współdziałania w tej sprawie. Zarazem przedstawia kol. M. owe wnioski, któreby mogły stanowić podstawę do uchwały Sekcyi w tej sprawie.

Sekcyja uznając ważność tej sprawy, wybrała do jej rozpatrzenia komisyję, złożoną z kol. Merunowicza, jako wnioskodawcy, kol. Merczyńskiego i kol. Pawlikowskiego, która na następném posiedzeniu zda sprawę.

5) Poufna pogadanka o stosunkach lekarskich we Lwowie.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawa wodociągowa krakowska.

Zdanie sprawy i wnioski w przedmiocie budowy wodociągu regulickiego przedstawione Radzie miejskiéj, krakowskiéj przez komisyję wodociągową. Kraków 1889. dnia 8 kw. str. 163 i 5 tablic chromolitografowanych.

Kraków postąpił w ostatnich latach bardzo znacznie na polu opieki nad zdrowiem publiczném i wyprzedził o wiele stolicę kraju. Rzeźnia, uregulowanie służby miejskiéj lekarskiéj, powiększenie sieci kanałowéj, poprawna budowa dołów kloacznych, zaprowadzenie najlepszego w téj chwili sposobu ich wypróżnienia, zbudowanie zakładu desinfekcyjnego, urządzenie miejskiéj pracowni chemicznéj są wymownym dowodem tak należytego kierunku w miejskich sprawach sanitarnych jak i postępowości Rady miejskiéj.

Koroną wszakże wszelkich reform higienicznych jest zaopatrzenie Krakowa w dobrą wodę w potrzebnéj ilości i dla tego z radością powitać należy ukazanie się na widok publiczny zdania sprawy komisyi wodociągowéj, zawierającego w sobie wnioski co do ostatniego załatwienia kwestyi tak długo się wlokącéj, bo po długiéj, kilkudziesięcioletniéj przerwie jeszcze przez prezydenta miasta ś. p. Dr. Dietla na porządku dziennym postawionéj.

Ze względu przeto tak na ważność sprawy, chociaż tylko miejscową, jak i okoliczność, że w zdaniu sprawy, o które chodzi, poruszono bardzo wiele okoliczności mogących obchodzić świat lekarski, podamy treść jego w krótkości.

Zdanie sprawy dzieli się najprzód na dwie części: pierwsza omawia całą kwestyję od początku do końca i zawiera wnioski dla Rady miejskiéj, gdy druga mieści w sobie dowody poparcia twierdzeń w części pierwszéj.

W części pierwszéj znajdujemy najprzód rys historyczny sprawy od czasu wstąpienia do niéj śp. inżyniera Władysława Klugera, który wykazał umiejętnie, że w zakreślonym pierwotnie przez komisyję wodociągową 15 kilometrowym promieniu od Krakowa nie ma ani źródeł dostatecznych ani wystarczających dla Krakowa zasobów dobréj wody gruntowéj. Poszedł przeto daléj w swych poszukiwaniach i w dolinie baczyńskiéj znalazł wyborną wodę gruntową, ścisłe jednak pomiary wykazały, iż jéj może być zaledwie, co najwięcéj, 2400 m. sz. na dobę, co dla Krakowa już dziś nie może wystarczyć. W obec takiego wypadku swych badań, kontrolowanych przez delegatów komisyi wodociągowéj, zwrócił ś. p. Kluger uwagę swą na źródła regulickie, już dawniéj przez Dra Bolesława Lutostańskiego do wodociągów krakowskich zalecane a przekonawszy się ponow-

nie o ich wybornym składzie chemicznym, stosownéj temperaturze, dostatecznéj dla Krakowa obfitości i odpowiedniém wzniesieniu, wziął się do opracowania projektu sprowadzenia wód wymienionych do Krakowa. Niestety choroba a następnie śmierć w dniu 29 Lutego 1884 przerwały pracę dla Krakowa tak pożyteczną. Następcą śp. Klugera został p. Karol Friederich, starszy inżynier budowli wodnych W. kstwa Badeńskiego, w Karlsruhe zamieszkały, b. dyrektor wodociągów we Frankfurcie nad Menem. Ten przybywszy do Krakowa zbadał zdroje regulickie na miejscu a przekonawszy się dokładnie o ich szacownych przymiotach wypracował plan ogólny zaopatrzenia Krakowa w wodę ze zdrojów regulickich i polecił dalsze mierzenie wydatności tych źródeł. Ponieważ te pomiary wydatności i temperatury obok korzystnéj opinii chemików i geologów wypadły na korzyść projektu regulickiego, przeto komisyja wodociągowa po wysłuchaniu opinii wyznaczonych przez siebie podkomisyj: techniczno-sanitarnéj i finansowej postanowiła na posiedzeniu w dniu 10 Listopada r. 1888 przedstawić radzie miejskiéj wnioski zmierzające do budowy wodociągu z Regulic.

W rozdziale drugim mieści się określenie wody dobréj i opis teraźniejszych wód studziennych krakowskich.

Woda dobra:

1) Winna być zupełnie czysta, bez woni i bez barwy (co do ostatniéj, w warstwach metra nie dochodzących).

2) Winna zawierać mało (nie więcéj lub malo co więcéj niż 500 miligramów w litrze) części stałych i jak najmniéj uorganizowanych.

3) Ziem alkalicznych nie powinna zawierać więcéj, niż to odpowiada 180 miligramom tlenku wapniowego w litrze.

4) Ciała w wodzie się rozpuszczające, mianowicie siarkany i azotany, znajdować się mogą tylko w małéj ilości.

5) Skład chemiczny i temperatura wody mogą zmieniać się w różnych porach roku tylko bardzo nieznacznie.

6) Do wody nie mogą dostawać się żadne materyje nieczyste lub tylko podejrzane.

7) Woda nie może nigdy zawierać żadnych ciał czyto pochodzących z niezupełnego ukwaszenia się istot organicznych czyto będących lub mogących być tylko nośnikami jakichbądź chorób i winna koniecznie dawać wszelkie rękojmie, że taką zawsze zostanie.

Na téj podstawie orzeczono, że woda dobra nie powinna zawierać w jednym litrze:

kwasu azotowego	więcéj niż	15	mgrm.
Chloru	„ „	30	„
Kwasu siarkowego	„ „	100	„
Wapna z magnezyją	„ „	180	„
Pozostałości po odparowaniu	„ „	500	„

W wodzie dobréj nie powinno być ani amonijaku ani kwasu azotowego. Temperatura winna wynosić od 8 do 12° C. a zmiany jéj w ciągu roku nie powinny przenosić 4 do 6° C.

Rozumie się samo przez się, że z wymienionych składników chemicznych może być ilość jednego lub drugiego od podanéj nieco większa bez ujmy dla dobroci wody; to jednak pewna, że miarą zanieczyszczenia wody, mianowicie materyjałami rozkładowemi z życia ludzi lub zwierząt, a tém samém jéj nieużyteczności dla ustroju naszego, są przedewszystkiem amonijak i kwas azotowy, tudzież twory uorganizowane osobliwie będące lub nawet tylko mogące być nośnikami chorób zakaźnych.

Kardynalnym przeto jest warunkiem, żeby woda nie zawierała ani amonijaku, ani kwasu azotowego, nie dlatego, żeby te ciała były wprost dla ustroju ludzkiego truciznami, bo one znajdują się w wodzie, o któréj w ogólności można myśleć do użytku ludzkiego, w ilości zanadto małéj, ale dlatego, ponieważ pochodzą prawie wyłącznie z niezupełnego utleniania się wydzielin ustroju ludzkiego i zwierzęcego, a témsamém oznaczają nietylko, że ziemia jest zanieczyszczona a szkodliwe dla zdrowia materyje nie przemieniły się w połączenia zupełnie utlenione (czyli, jak się wyrażają, istoty organiczne nie przeszły w części mineralne), ale i wskazują na możność dostania się do wody lub nawet już obecność tworów uorganizowanych, nawet wprost chorobotwórczych.

Temperatura wody, przynajmniéj do picia, najodpowiedniejsza jest między 8 a 12° C. raz, ponieważ to jest według doświadczenia temperatura dla największéj części ludzi najprzyjemniejsza a témsamém do użycia wody najwięcéj zachęcająca, a powtóre, ponieważ temperatura niższa może dawać powód do niekorzystnego działania na przewód pokarmowy, wyższa zaś ani nie orzeźwia, ani nie odejmuje ciału ludzkiemu ciepła, co jest w każdéj porze roku a osobliwie w lecie bardzo ważnym celem używania wody do picia.

Że temperatura wody nie powinna się znacznie zmieniać w ciągu roku, ma dwojaki powód, raz, by woda nie oddalała się swą ciepłotą od wymienionych granic między 8 a 12° C., a powtóre, ponieważ zmiana temperatury dowodzi albo pochodzenia z warstw ziemi powierzchownych, a témsamém nieczystych lub przynajmniéj na zanieczyszczenie szczególnie wystawionych, albo dopływów bocznych z powierzchni, co z tegoż samego powodu czyni wodę niepewną.

Nakoniec ostatni warunek, że woda nie powinna zawierać w sobie tworów uorganizowanych albo tylko bardzo mało, ma swą przyczynę w tém, iż te twory uorganizowane (po największéj części mikroskopijnie) pochodzą przeważnie albo z powierzchni albo z warstw bardzo płytkich ziemi i albo są w związku z gniciem, albo są wprost organizmami chorobotwórczemi.

To, że woda stale do użytku ludzkiego służąca lub służyć mająca, winna dawać koniecznie wszelkie rękojmie, że będzie zawsze czystą, że mianowicie nigdy nie da powodu do wystąpienia chorób zakaźnych, rozumie się samo przez się i nie potrzebuje żadnego dowodu.

Z wydanego w r. 1888 „Chemicznego rozbioru wód studziennych miasta Krakowa przez Prof. Dra K. Olszewskiego i K. Trochanowskiego“ przekonać się można, iż wszystkie inne wody studzienne w Krakowie bez wyjątku nie odpowiadają nawet w przybliżeniu podanemu wyżéj określeniu wody dobréj, bo zawierają w sobie za dużo części stałych, prawie bez wyjątku za dużo chloru, kwasu siarkowego i ziem alkalicznych. Jakoż wynosi w litrze i w miligramach

kwasu azotow. najmn.	2,	najwięk. ilość	790	w miejsce	15
chloru „	21,	„ „	1145	„	30
kwasu siarkow. „	44,	„ „	681	„	100
wapna z magnez. „	180,	„ „	1124	„	180
pozostałości po odpar.	536,	„ „	5453	„	500

dozwolonych, przyczem dodać należy, iż i w tych wodach, w których ilość jednego lub drugiego składnika nie dochodzi ilości dozwolonéj dla wody dobréj, inne składniki, jak to zresztą wypada z ogólnéj liczby części stałych, są w tak wielkiéj ilości, iż w zupełności nie tylko wyrównywają, ale wprost nawet przeważają korzyści ze zmniejszenia się jednego składnika. Takich studzien jest zresztą bardzo mało. Tak np. studnia w ulicy Karmelickiéj nr. 70 ma wprawdzie tylko 2 miligramy kwasu azotowego, ale za to części stałych 1160, w tém tlenku wapniowego 260, chloru 78 a amonijaku nawet $3\frac{1}{2}$ miligrama. Jest to więc woda bardzo zanieczyszczona.

Że w największéj liczbie (przeszło 65%) studzien znajduje się amonijak albo kwas azotawy lub nawet obydwa razem.

Prawie we wszystkich studniach znajduje się znaczna ilość ciał organicznych;

Nakoniec, że woda studzienna w Krakowie pogarsza się.

Woda np. w bibliotece jagiellońskiéj, uważana przez wielu do dziś dnia za bardzo dobrą, miała kwasu azotowego w roku 1871 141, w r. 1881 zaś 258 miligramów i t. d.

W ogólności, najlepsze stosunkowo wody znajdują się w stronie północnowschodniéj miasta, a pogarszają się coraz bardziéj w miarę zbliżenia się przed śródmieście, Stradom i Kazimierz nad brzegi Wisły, gdzie są najgorsze, zawierając tam więcéj niż 11 razy wziętą ilość dozwoloną części stałych.

Główne przeto twierdzenie osób niechętnych zaprowadzenia wodociągów w Krakowie: „Przodkowie nasi pili tę wodę, jaką dziś mamy, było dobrze i będzie nadal dobrze,“ jak składa się z trzech głównych zdań, tak też w trzech punktach nie zgadza się z rzeczywistością, bo przodkowie nasi nie pili tak złéj wody, jaką my dziś mamy w Krakowie, nie było i nie jest z tém dobrze, a nawet tak źle, jak już jest, nie będzie, bo musi być koniecznie i będzie coraz gorzéj; woda bowiem studzienna będzie coraz więcéj zanieczyszczona a tém samém i coraz szkodliwsza. (Ciąg dalszy nastąpi).

* **Nowa ustawa wojskowa**. Ustawa z dnia 11 kwietnia r. 1889, znosząca dotychczasowe rozporządzenia co do wypełniania obowiązku wojskowego i zaprowadzająca nowe bądź co bądź ostrzejsze przepisy, weszła już w życie. Uważamy za rzecz wskazaną podać te paragrafy ustawy, które odnoszą się do jednorocznych ochotników medyków, dalej ustępy rozporządzeń Ministerstwa obrony krajowej z d. 15-go i 18-go kwietnia 1889 roku wreszcie rozporządzenia Ministra wyznań i oświaty, zawierające ustępstwa dla kształcących się w wyższych zakładach naukowych.

Doniosłego znaczenia dla jednorocznych ochotników medyków jest § 27 nowej ustawy wojskowej, który opiewa jak następuje:

1) Jednoroczni ochotnicy, którzy poświęcają się naukom lekarskim i starają się o nominacyję na lekarzy w rezerwie, mają służyć czynnie pół roku w linii, a mianowicie przy piechocie albo strzelcach, drugie pół roku po otrzymaniu stopnia doktora przy zakładach wojskowo-sanitarnych jako zastępcy asystenta-lekarza.

2) Służbę w linii rozpocząć można tylko z dniem 1-go kwietnia i to najpóźniej tego roku, w którym aspirant kończy 25-ty rok życia. Służbę jako lekarz rozpocząć można albo 1-go kwietnia albo 1-go października, a mianowicie najpóźniej 1-go kwietnia tego roku, w którym aspirant kończy 28-my rok życia.

3) Po odpowiednio wypełnionej służbie czynnej zostają ci jednoroczni ochotnicy zamianowani lekarzami-asystentami w rezerwie, w innym zaś razie przeniesieni zostają do rezerwy jako zastępcy lekarza-asystenta.

4) Ci jednoroczni ochotnicy, którzy porzucają studyja lekarskie, lub takowych aż do wyżej oznaczonego terminu nie kończą, mają odbyć czynną służbę jedno-względnie dwuroczną w linii, z doliczeniem wypełnionego już może czasu służby wojskowej. Natomiast uwolnieni są od służenia drugi rok ci jednoroczni ochotnicy, którzy nauki lekarskie ukończyli, stopnia jednak lekarskiego aż do wspomnianego wyżej terminu nie osiągnęli.

Rozporządzenia przejściowe ustanawiają odnośnie do prawa jednorocznych ochotników co następuje:

Wszystkie prawa i korzyści jednorocznej służby wojskowej osiągnięte, nim powyższa ustawa wchodzi w życie, zastrzegają się.

Jednorocznych ochotników, odbywających już czynną służbę w chwili, gdy powyższa ustawa wchodzi w życie, należy traktować według dotychczasowych przepisów.

Tym jednorocznym ochotnikom, którzy aż do tego terminu nie rozpoczęli jeszcze jednorocznej czynnej służby, zostawia się przyznane już odroczenie czynnej służby.

Jednoroczni ochotnicy medycy, którzy z wejściem w życie powyższej ustawy znajdują się na trzecim lub dalszym roku nauk lekarskich, mogą rozpocząć półroczną czynną służbę w linii (§ 27) najpóźniej w tym roku, w którym kończą 27-my rok życia.

Zresztą w obec jednorocznych ochotników asenterowanych przed wejściem w życie tej ustawy, rozporządzenia obecnej ustawy znajdują swoje zastosowanie.

Z licznych paragrafów rozporządzenia co do przeprowadzenia ustawy następujące są dla medyków ważne:

§ 7. Jednoroczni ochotnicy obowiązani są tylko do jednorocznej czynnej służby w armii (marynarce wojennej) względnie w obronie krajowej.

Temu samemu obowiązkowi służbowemu podlegają także jednoroczni ochotnicy, należący według kolei losowania do rezerwy uzupełniającej.

Wykluczeni są z tego dobrodziejstwa jednoroczni ochotnicy, służący w armii lub w obronie krajowej, następnie jednoroczni ochotnicy marynarki wojennej, którzy nie czynią zadość egzaminowi, który ma być składanym w końcu roku czynnej służby; ci mają odbywać czynną służbę przez rok drugi.

Tylko ci jednoroczni ochotnicy, którzy ukończyli nauki lekarskie, stopnia jednak doktora aż do 1-go kwietnia tego roku, w którym skończyli 28-my rok życia nie otrzymali, nie są obowiązani do odbycia drugiego roku czynnej służby.

§ 63. Korzyść jednorocznej służby czynnej przyznaną być może zarówno dobrowolnie wstępującym, jakotęż tym, którzy w drodze poboru wojskowego asenterowani zostali.

§ 76, ustęp 2. Dowód naukowego uzdolnienia stanowią dla medyka: urzędowe potwierdzenie dziekana Wydziału lekarskiego uniwersytetu krajowego, że aspirant jako słuchacz zwyczajny i na który rok zapisany jest i że na wykłady rzeczywiście uczęszcza, albo dyplom doktora medycyny uniwersytetu krajowego.

Ustęp 3. Służący na własny koszt jednoroczni ochotnicy medycy mogą otrzymać podczas pierwszej połowy roku swej czynnej służby wojskowej, jeżeli o to proszą, umundurowanie ze strony skarbu i otrzymują broń i uzbrojenie podobnie jak jednoroczni ochotnicy na koszt państwa bez wynagrodzenia.

Dla wyjątkowego przyznania korzyści jednorocznej służby wojskowej na koszt państwa mają medycy przed rozpoczęciem półrocznej służby czynnej jako zastępcy lekarza asystenta, farmaceuci i weterynarze już przed rozpoczęciem jednorocznej służby czynnej wykazać się, że miesięczne ich dochody wynoszą mniej niż 30 złr.

Dochody służących na koszt państwa jednorocznych ochotników medyków, farmaceutów i weterynarzy ustanowione są przez przepisy należności dla wojska, względnie dla obrony krajowej.

Ustęp 4. Medykom pozostawia się wybór korpusu wojskowego przy piechocie i strzelcach, farmaceutom wybór oddziału sanitarnego, weterynarzom wybór pułku jazdy lub zaprzęgów.

W obronie krajowej mogą jednoroczni ochotnicy medycy i farmaceuci wybierać tylko oddział piechoty, weterynarze oddział konny obrony krajowej.

Ustęp 5. Wnoszenie i udowodnienie próśb następuje w ogóle według przepisów § 64.

Medycy mają w swych podaniach o przyjęcie podać, w którym roku życzą sobie rozpocząć półroczną służbę w armii czynnej.

Ustęp 10. Jednoroczni ochotnicy medycy mają rozpocząć półroczną służbę w czynnej armii tylko 1-go kwietnia i najpóźniej w tym roku, w którym kończą 25-ty rok życia.

Półroczną służbę jako zastępca lekarza asystenta przy zakładzie wojskowo-sanitarnym należy rozpocząć 1-go kwietnia, względnie 1-go października po otrzymaniu dyplomu doktora; chyba, że służby czynnej w armii jeszcze nie odbyli, a w takim razie należy ją pierwej odbyć.

Służenie jako zastępca lekarza-asystenta może nastąpić bezpośrednio po służbie w linii.

Ustęp 11. Jednoroczni ochotnicy medycy, farmaceuci i weterynarze mają, jak długo oddawają się swoim studyjom zawodowym, wykazać corocznie przed swoją władzą przełożoną najdalej aż do końca grudnia, że studyjom dalej się oddają.

Ustęp 12. Wspomniane trzy kategoryje jednorocznych ochotników mają bezpośrednio po otrzymaniu dyplomu przedłożyć swej władzy przełożonej wierzytelny odpis takowego a względnie dowody ubóstwa a władza ma uzupełnić ten akt odpisem z księgi głównej i przesłać wojskowej komendzie terytoryalnej względnie Ministerstwu obrony krajowej. Terytoryjalna komenda wojskowa załatwia najprzód podanie o odbycie służby wojskowej na koszt państwa, jeżeli je równocześnie wniesiono i przedkłada akt Ministerstwu wojny. Ministerstwo to a względnie Ministerstwo obrony krajowej mianuje jednorocznych ochotników zastępcami lekarza-asystenta i wskazuje im miejsce. Medycy, którzy półrocznej służby w linii nie odbyli, otrzymują nominacyję na zastępców lekarza-asystenta dopiero po odbyciu takowej.

(Dok. nast.)

(†) Prof. Dr. Ebstein, badając znaczenie środków przeciwgnilnych w hygienie noworodka, zwraca przedewszystkiem uwagę na znaczny procent śmiertelności noworodków w domach wychowawczych z posocznicy i ropnicy. Obecnie dzięki zaprowadzeniu środków przeciwgnilnych śmiertelność ta się znacznie zmniejszyła (z 30% na 5%). Mniejszą ilość podobnych chorób w praktyce prywatnej tłumaczy on przeważnie brakiem sekcyj i trudnością rozpoznania posocznicy nietylko za życia, ale nawet często i na stole sekcyjnym. Radzi on też przy każdej cięższej chorobie noworodka mieć przedewszystkiem w pamięci posocznicę. Co do etyjologii tej choroby walczy Dr. E. z dawniejszym poglądem, że posocznica pochodzi u dziecka od matki, ponieważ często matki chorych dzieci zostają zupełnie zdrowemi i odwrotnie. Za zwykłą drogę dostawania się mikroorganizmów do ustroju noworodka uważa Dr. E. pępowinę, dalej jamę ust, płuca, narządy płciowe u dziewcząt i błonę śluzową całego przewodu pokarmowego. Dla uniknięcia zakażenia radzi zwracać szczególną uwagę na pępowinę i jamę ust. Należy mianowicie unikać wszyst-

kiego, co stoi na przeszkodzie mumifikacyi pępowiny i z tego względu szkodliwemi są wszelkie opatrunki wilgotne, a także środki drażniące tkankę pępowiny, a nie mogące dokładnie zabić prątków. Najlepiéj jest umożebnić wolny przystęp powietrza, które ułatwia wysychanie. Przy obchodzeniu się z noworodkiem należy równie ściśle przestrzegać antyseptyki, jak i przy obchodzeniu się z położnicą. Co do jamy ust, to zwraca Dr. E. uwagę na szkodliwość tak rozpowszechnionego obcierania palcem ust dziecka po karmieniu. Do sztucznego karmienia radzi stanowczo używać mleka sterylizowanego, chociaż zdaniem jego nie może ono zastąpić mleka ludzkiego. (*Wracz* 1889, 9). *A. W.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 kwietnia. Otrzymaliśmy Zdanie sprawy i wnioski w przedmiocie budowy wodociągu regulickiego, przedstawione Radzie M. krakowskiéj przez komisyję wodociągową, Kraków 1889, in 8-vo, str. 162. z 5 tabl. chromolitograf. Jest to dzieło okazałe, w pierwszym rzędzie wprawdzie mające znaczenie miejscowe, ale o tyle i ogólne, o ile stanie się niezawodnie wzorem dla innych miast polskich, które dotąd wodociągów nie posiadają, a tém samem, śmiało rzec można, jest ono dla nas pracą ścisłą higieniczną, bo jedną z najżywotniejszych kwestyj higienicznych wyczerpująco traktującą. Nie zdradzimy tajemnicy, bo u nas wszyscy o tém wiedzą, jeżeli powiemy, że główna zasługa w téj mierze należy się radzcy miejskiemu, a koledze naszemu, prof. Domańskiemu, który odkąd jest radzcą miejskim, żywo i gorliwie zajmuje się sprawami higijenicznemi i już niejedno urządzenie do skutku doprowadził. Pospieszamy ze streszczeniem obszernéj téj pracy na innem miejscu, bo nie wątpimy, że kwestyja wodociągowa zajmuje wszystkich lekarzy.

* Szanownych naszych współpracowników upraszamy usilnie o przysyłanie rękopismów czytelnych, a prośbę tę stosujemy zwłaszcza do kolegów zamiejscowych. Pomimo wielkiego napływu cennych rozpraw staramy się czynić zadość wszelkim wymaganiom, ale dobre chęci redakcyi pozostają bez skutku, jeżeli rękopisu odczytać należycie nie mogą ani redaktor, ani korektorowie, a tem mniéj zecerzy. Przesyłanie zaś korekty szan. kolegom współpracownikom naraża na zwłokę, któréj właśnie radzibyśmy unikać.

* Otrzymaliśmy Nr. 2 *Odczytów klinicznych* wydawanych przez redakcyję *Gazety Lek.* w Warszawie. Zeszyt ten zawiera prof. Strümpla odczyt o „Nerwicach pochodzenia traumatycznego.“

* **Z Rzeszowa** donoszą nam: Za staraniem tutejszego lekarza powiatowego p. Dra Barzyckiego uchwalił Wydział Rady powiatowéj rzeszowskiéj na rok 1889 wydać 60 złr. na zakupno krowianki dla szczepienia dzieci w tutejszym powiecie.

* **Wiedeń**, d. 27 bm. Prof. Billroth kończy 60-ty rok życia; dzień ten liczni jego uczniowie zamierzają obchodzić uroczyście. — Prof. Breisky od kilku tygodni ciężko jest chory i podobno niema nadziei utrzymania go przy życiu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Kustoszem Muzeum higijen. mianowany został Dr. Erwin Esmarch. — **Bolonija.** Pani Józefa Cattani otrzymała katedrę bakteryjologii.

* **Odznaczenie.** Dr. Zielewicz w Poznaniu otrzymał tytuł i charakter radzcy sanitarnego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Emil Wechsler, rodem z Jass w Rumunii.

* **Nekrologija** We Wiedniu zmarł Dr. Ludwik Fürth, docent chorób dzieci, licząc l. 54, w Lund Dr. Mesterton, docent chirurgii i położnictwa, jeden ze znakomitszych chirurgów szwedzkich, w 66-ym roku życia; w Cannes b. prof. kliniki lek. w Londynie, Karol Williams, uczeń Laënneca, licząc lat 85.

* **Sprostowanie.** W Nr. 16 w rozprawie p. Dr. Krówczyńskiego zaszły 2 błędy, a mianowicie na str. 1, szpal. 1, w. 9 od dołu, zamiast „Huntera“ ma być Huetera, a na str. 2-iéj, szpal. 1, wiersz 3 od dołu, zamiast „zaszły“ ma być wreszcie. — W ocenie pracy Heringa p. t. „O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności“, ogłoszonéj w Nrach 14, 15 i 16 zaszły następne ważniejsze pomyłki: 1) Nr. 14, str. 175, szp. 1, w. 5 od dołu, zamiast „jedynie z gruczołków, które... znajduje — winno być: jedynie z gruzełków, które... znajduje. 2) Nr. 15 str. 187, szpalta I, wiersz 41, zamiast „w miejscu strun głosowych“ winno być „w miąższ strun głosowych.“ 3) Nr. 15, str. 187, szpalta II, wiersz 13, zamiast „na $^1/_2$ roku“, winno być „na $^1/_2$—1 roku.“ 4) Nr. 15, str. 187, szp. II, w. 31—32, zamiast „nacieranie części obrzękłych“, ma być „nacinanie części obrzękłych.“ 5) Nr. 16, str. 199, szpalta II, w. 23 w zdaniu: „a ograniczałem się głównie do przypadków z małym naciekiem bez dążności do szerzenia się przy stanie gorączkowym“, winno być „przy stanie bezgorączkowym.“ 6) Tamże w. 45, zamiast „była to jeszcze i pora“, ma być „była to jesień i pora.“ 7) Tamże w. 12 z dołu, zamiast „Że natychmiast tam“, winno być „Że natomiast tam.“ 8) Nr. 16, str. 200, szpalta I, w. 12, zamiast „dodatnie czynniki“, winno być „dodatnie wyniki.“

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 4: Sędziaka: O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych; — w *Gazecie Lek.* Nr. 16: Modrzejewskiego: Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych. Winawera: O zap. fałd Douglasa (dok). — W *Medycynie* Nr. 16: Majkowskiego: Sprawozd. z prakt. lek. w Busku (c. d).

Redakcyja otrzymała:

J. GRUNDZACHA: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka. (Odbitka z *Gaz Lek.*). Warszawa 1889, w 8-ce str. 20. — Sprawozdanie wydziału Tow. gimnastycznego „Sokół“ we Lwowie za rok 1888/9 we Lwowie 1889, w 8-ce str. 37. — Dr. J. KARLIŃSKI: Przyczynek do etyjologii posocznicy noworodków. (Odbitka z *Nowin Lek.*) Poznań 1889, in 8-vo str. 8. — Chemische Analyse u. med. Gutachten über Mattoni's Moorextrakte zu Bädern. Franzensbad 1889 in 4-to str. 116.

* **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę d. 1 maja r. b. o godz. 6 popoł. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem prócz niezałatwionych na poprzedniem posiedzeniu przedmiotów 1) kol. Krokiewicz będzie miał rzecz o rozwoju promienicy (*actinomykosis*); 3) kol. prof. Browicz okaże preparaty z zakładu swego; 3) kol. Jordan poda spostrzeżenia z praktyki położniczéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 4 Maja 1889. Nr. 18.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą Mac Ewena.

Podał
W. H. Krajewski
Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Prof. Obaliński w zajmującym artykule o doszczętnem leczeniu przepuklin metodą Mac Ewena [1]) stwierdza, iż metoda była dotąd stosowaną tylko do przepuklin pachwinowych, nikt zaś nie ogłosił przypadków przepuklin udowych, tym sposobem operowanych. Zastrzegając, że już sam wynalazca metody Mac Ewen w pierwotnym swym artykule [2]) ogłosił 8 przypadków przepuklin udowych, tą drogą wyleczonych, pospieszam opisać mój przypadek przepukliny udowéj, w którym wykonałem doszczętną operacyję podług idei Mac Ewena; czynię to tem chętniéj, iż da mi to sposobność do wypowiedzenia kilku uwag tak nad zastosowaniem metody, jak również nad proponowaną przez prof. Obalińskiego modyfikacyją.

Jak widać z dat poniższych, operacyja, którą obecnie opisuję, była już dokonaną w chwili, gdy mój pierwszy artykuł o metodzie Mac Ewena drukował się w *Przeglądzie Lekarskim* [3]), opisu jednak téj operacyi do poprzedniéj pracy nie dołączyłem, gdyż chora znajdowała się jeszcze w oddziale i nic pewnego o osiągniętym rezultacie powiedziećbym nie mógł.

W pierwszych dniach kwietnia 1888 roku udała się do mnie Ol. J., 30-letnia służąca, z prośbą o wyleczenie z dolegliwych cierpień, których przyczyną była wielka prawostronna przepuklina udowa. Chora twierdzi dość stanowczo, iż początki cierpienia zauważyła 5 lat temu, po podniesieniu jakiegoś ciężaru. Z początku guz był nie wielki, szybko się jednak powiększał, gdy dosięgnął wielkości pięści, zaniepokojona chora zwróciła się po poradę do lekarza, który zalecił noszenie paska. Czy to wskutek złéj budowy paska, czy zbytniéj ustępliwości brzegów otworu, który się stopniowo pod naciskiem trzew brzusznych powiększał, dość, że przepuklina nie mogła być należycie paskiem utrzymaną; przy cokolwiek szybszych ruchach, zginaniu się itd. kiszki wślizgiwały się do worka; pasek stał się dla choréj źródłem ciągłéj troski, musiała bez ustanku poprawiać go, wypadnięte kiszki odprowadzać, a najwyżéj za pół godziny znów rękoczyn powtarzać. W końcu znudzona odrzuciła pasek i zaniechała wszelkiego leczenia. Naturalnie przepuklina stopniowo się powiększała, aż nareszcie dosięgła rozmiarów, które stanęły na przeszkodzie w wykonywaniu obowiązkowych zajęć; przy najmniejszym wysiłku chora doznawała bólów w okolicy pępka i w worku przepuklinowym, kilkakrotnie podlegała objawom zaciśnięcia i to ją skłoniło do ponownego szukania pomocy lekarskiéj.

Stan choréj, w chwili gdy się do mnie udała, był następujący: Dobrze zbudowana i odżywiana 30-letnia kobieta, średniego wzrostu, jest posiadaczką dwóch przepuklin, z których prawa-udowa jedynie zwraca na się uwagę choréj, gdy tymczasem nie wie ona nawet o istnieniu z lewéj strony małéj przepukliny pachwinowéj. Niepokojąca głównie chorą przepuklina udowa jest wielkości głowy dorosłego człowieka, zawartość (kiszki cienkie) odprowadza się bardzo łatwo, przy czem okazuje się, iż pierścień udowy z łatwością 4 palce pomieścić może; skóra pokrywająca worek zcieńczała, w kilku miejscach znajdują się na niéj blizny, jako następstwo byłych owrzodzeń, które chora przypisuje noszeniu paska. Przepuklina pachwinowa jest bardzo mała, z powodu dość znacznéj otyłości choréj zaledwie daje się zauważyć, zawiera pętlicę kiszki cienkiéj, po odprowadzeniu któréj kanał przepuszcza palec wskazujący. Zresztą stan ogólny choréj dobry, żadnego zboczenia w czynnościach płuc, serca, wątroby, nerek wykryć nie można.

Przyznać się muszę, iż zachęcony dobrym ogólnym stanem choréj i dodatnim wynikiem pierwszéj méj operacyi, nie próbowałem nawet zalecać choréj paska, przedstawiłem jéj możliwość doszczętnego wyleczenia i zaproponowałem operacyję, na którą się chora zdecydowała.

W tym celu zapisałem chorą na mój oddział d. 7 kwietnia 1888 roku, a 18 t. m., po odpowiedniem przygotowaniu choréj (kąpiel, przeczyszczenie), dokonałem operacyi w obecności pomocnika naczelnego lekarza szpitala Dra medycyny Obrębskiego, przy pomocy kolegów: Drów Witkowskiego, Dzierżawskiego, Ciechomskiego, Sawickiego i Leszczyńskiego.

[1]) *Przegląd Lekarski* Nr. 1, 1889 r. [2]) *Annals of surgery* tom IV, str. 113, 1886 r. [3]) *Przegląd Lekarski* Nr. 24 i 25, 1888 r.

Tym razem nie trzymałem się ściśle metody Mac Ewena, ani też zaproponowanéj przezemnie modyfikacyi, lecz zastosowałem się do przepisów Dra Keetlego; powody niżéj wyjaśnię.

Po przecięciu skóry, powięzi i dojściu do worka przepuklinowego, odłączyłem go na całéj przestrzeni od tkanek otaczających, następnie oddzieliłem szyję worka i część otrzewnej ściennéj wokoło otworu brzusznego; po odprowadzeniu zawartości do jamy brzusznéj skręciłem szyję worka naokoło osi podłużnéj i w ten sposób otwór brzuszny został zamknięty; wtedy od dna aż do miejsca skręcenia przeszyłem worek dwiema nitkami katgutu i za ich pomocą worek sfałdowałem: temi samemi nitkami przeszyłem skręconą szyję worka, aby przeszkodzić rozkręceniu, a następnie obie nitki przeprowadziłem od wewnątrz na zewnątrz przez ścianę brzuszną, po nad więzem Pouparta, w pewnéj od siebie odległości i tu je związałem [1]). W ten sposób poduszka znalazła się po za wrotami przepuklinowemi. Następnie zbliżyłem wiąz Pouparta do powięzi łonowéj (*fascia pectinea*) szwem kuśnierskim i nakoniec zeszyłem szwem węzełkowym skórę, usunąwszy uprzednio jéj nadmiar.

P r z e b i e g. Wieczorem w dzień operacyi chora skarży się na bóle w okolicy rany, ciepłota 38°, tętno 100. W ciągu całego drugiego dnia bóle w ranie wzmagały się stopniowo, wieczorem chora krzyczy z bólu, brzuch nieco wzdęty, bolesny, ciepłota 38·8, tętno 120; uspokoiła się nieco po wstrzyknięciu pod skórę $^1/_4$ gr. morfiny. Trzeciego dnia rano, gdy bóle daléj trwały, zdecydowałem się wyszukać w ranie ich przyczynę, w tym celu otworzyłem ranę skórną, przeciąłem szew nałożony na wrota, po czem z po za wrót wylało się cokolwiek ciemnéj krwi i wtedy oczom moim przedstawiła się zsiniała, pokryta małemi podbiegnięciami krwi, powierzchnia poduszki otrzewnowéj, widocznie uległéj zgorzeli. Na usunięcie natychmiastowe poduszki nie zdecydowałem się, przypuszczając, iż może górna część poduszki ocaleje, a przy otwartym dostępie do martwiejącéj części nie potrzebowałem się zbytnio obawiać wpływu jéj obecności na ogólny stan choréj. Wytamponowałem jamę rany paskami gazy jodoformowéj i nałożyłem opatrunek. Natychmiast po opatrunku chora uczuła znaczną ulgę, bóle jednak, chociaż słabsze, trwały do dnia następnego. Ciepłota począwszy od 4-go dnia nie przewyższała 37·5, tętno dochodziło od 70 do 90 uderzeń. Ciekawe były postępy w gojeniu się rany, oto powoli wystąpiło ropienie, stawało się ono coraz obfitszem, aż nareszcie na 20-ty dzień po operacyi usunąłem dość znaczny kawał zmartwiałego dolnego odcinka worka przepuklinowego, użytego do wytworzenia poduszki; usunięty kawałek przedstawiał mniéj lub więcéj $^1/_4$ część całego worka przepuklinowego. Po usunięciu zmartwiałego kawałka jama rany dość szybko wypełniła się ziarniną i niezadługo zagoiła się zupełnie. Chora już z zupełnie zagojoną raną pozostawała jakiś czas na oddziale i została wypisaną bez paska dnia 30 czerwca 1888 r. Badanie przed samem wypisaniem wykazało obecność wielkiéj twardéj poduszki, zamykającéj wejście do kanału udowego; poduszka przez powłoki brzuszne po nad więzem Pouparta doskonale wyczuć się daje.

Chorą widziałem po raz ostatni w styczniu r. b.; pierwotny dobry rezultat utrzymuje się i nadal; wielkość poduszki wcale się nie zmniejszyła; może oper. wykonywać najcięższe roboty, nie czuje ani bólów, ani napierania w okolicy dawnéj przepukliny. Za to przepuklina pachwinowa lewa, na jednoczesne zoperowanie któréj chora się nie zdecydowała, powiększyła się cokolwiek; pomimo zalecania oper. uporczywie usuwa się od noszenia paska, jest więc kandydatką do nowéj radykalnéj operacyi metodą Mac Ewena, tym razem na przepuklinie pachwinowéj.

(Dok. nast.)

II. Miażdżyca tętnic i krwistość.

Wykład kliniczny Prof. Germain Sée'a w Paryżu miany w wydziale lekarskim w półroczu zimowem 1888/9

z upoważnienia prelegenta
ogłosił
Dr. Z y g m u n t D o b i e s z e w s k i
lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Zastosujemy teraz te dane do krwistości u człowieka. Nazwą krwistości (*plethora*) oznaczają albo powiększenie ilości krwi w całości, albo rozróżniają jeszcze krwistość naczyniową, *plethora ad molem;* krwistość polegająca na zwiększeniu ilości samych ciałek krwi czyli polycytemiję, *plethora ad vasa.* Pierwszą spostrzegamy u osobników silnie rumianych, z twarzą pełną, z wyraźnem nastrzykaniem błon śluzowych, z mocnemi uderzeniami serca, tętnem pełnem, często silnem, z żyłami rozszerzonemi. Osobniki te skarżą się na duszność, połączoną z uczuciem ściskania w okolicy serca, lub bez takowego. Objawy te występują skutkiem spożycia znaczniejszéj ilości pokarmów obfitujących w azot. Napływ krwi do twarzy objawia się u nich sinicą takowéj; do mózgu ospałością i przytępieniem umysłowem; do żyły bramnéj objawami krwistości brzusznéj (zaparciem stolca, guzami krwawnicowemi, wzdęciami i powiększeniem brzucha). Objawy tu wymienione występują również chwilowo, gdy miesiączka lub odpływ hemoroidalny się zatrzyma, a znikają wraz z powrotem zatrzymanych odpływów. Przy sekcyjach zwłok osób zmarłych wśród objawów krwistości znajdujemy zawsze po rozszerzane tętnice i żyły oraz przepełnienie takowych szczególniéj w organach jamy brzusznéj. Według R e c k l i n g h a u s e n a przy nacięciu serca krew wytryska jak ze źródła; serce ma ulegać przerostowi rzeczywistemu i jednostajnemu bez jakiejkolwiek przyczyny mechaniczněj. Na błonach śluzowych występują wynaczynienia za lada przyczyną, przy zwykłym wysiłku mechanicznym albo wskutek bodźców psychicznych. Sprawy zapalne i gorączki przybierają u takich osobników charakter steniczny, a tkanka tłuszczowa bardzo szybko się rozwija. Oto jest obraz krwistości.

Od czegoż takowa zależy?

a) Nie można przypuścić powiększenia ilości krwi w całości, a nadewszystko wykazać takowéj za pomocą znanych nam sposobów, albowiem skutki przetoczenia krwi szybko przechodzą u zwierząt, najprzód wydziela się część płynna krwi, a późniéj ciałka krwi.

b) Nie zdołano również dowieść nadmiaru ciałek czerwonych krwi, a tem mniéj nadać mu znaczenia chorobowego; obliczania ciałek krwi nigdy nie wykazały nadmiernéj ich ilości u krwistych; a zresztą, choćby tak było, nie możnaby przez to objaśnić przeróżnych objawów krwistości.

c) Istnieje nakoniec teoryja dawna, przypisująca wszystkie w pletorze zaburzenia nawałom, stanom, które dziś czynią zależnemi od nerwów naczynioruchowych, byłaby to *plethora ad vasa.* Wszystko, coby się dało powiedzieć w tym ostatnim kierunku, ogranicza się do tego tylko, że jeżeli powstaną znaczne zastoiny żylne w skutek ciężkich chorób serca, krew wtedy zawiera względny nadmiar ciałek krwi czerwonych i jeden centimetr sześcienny krwi może ich do ośmiu milionów zawierać; ale w tym razie jest to tylko widoczny skutek przesączania, sprowadzającego miejscowe zagęszczenie krwi, a przezto samo i względny nadmiar ciałek; podobny objaw wystąpić może po potach lub obfitych wypróżnieniach, w ogóle zresztą zawsze, gdy ma miejsce znaczna utrata wody z ustroju; a nikt nie ośmieli się przecież twierdzić, że człowiek podległy obfitym wypróżnieniom lub cholerze cierpi na krwistość; w tym razie ma tylko miejsce zagęszczenie krwi z następową powiększoną względnie ilością ciałek.

Zdaje się mimo to, według doświadczeń przeprowadzonych na psach, że prawdziwą krwistość można przecież wy-

[1]) Zaznaczam, iż przez skręconą szyję przechodził tylko jeden ścieg szwu w podłużnym kierunku, że zatem nie zaciskał jéj naokoło.

wołać także u człowieka; wiemy bowiem wprawdzie, że zwierzę zdrowe posiada zdolność przystosowywania się i regulowania obiegu krwi w tym stopniu, że u niego nie przychodzi do żadnych zaburzeń, do żadnych zastojów, do żadnego zagęszczenia krwi; ale czyż u człowieka chorego ta zdolność nie może być zwichniętą właśnie w tym kierunku, że krwistość właśnie się rozwinie?

Badania Bollingera (*Ctrlbt f. Med.* 1886 S. 486) wykazały, że bezwzględna ilość krwi wzrasta w miarę powiększania wagi ciała, ale nie jéj ilość względna, albowiem krew zależną jest przedewszystkiem od tłuszczu. Przy dobréj budowie i dobrem odżywianiu się (z wyjątkiem tuczenia się) masa krwi proporcyjonalnie się powiększa; istnieje, powiada Bollinger, bezpośredni stosunek między rozwojem układu mięśniowego a ilością krwi i u zwierząt spotykamy też w takim razie serce mocno rozwinięte. Przeciwnie tycie przy spoczynku mięśniowym sprawia niedokrewność, a takowa odwrotnie usposabia znów do otyłości. W każdym razie nie można pociągnąć ściśléj granicy między fizyjologiczną pełnokrwistością a pełnokrwistością patologiczną *(plethore)* objawiającą się u człowieka według Recklinghausena przepełnieniem naczyń i rozszerzeniem serca.

Co nie ulega wątpliwości, to ta okoliczność, że praca mięśniowa i rozwój układu mięśniowego przy odpowiedniem żywieniu się stanowią najlepsze regulatory dla krwi, tak pod względem jéj ilości, jak i jakości; skoro tych regulatorów zabraknie, krwistość może się rozwinąć. O to jest wynik doświadczeń Bollingera, który nie jest przekonywającym. Zobacz również Heislera (*Ctbl.* 1886).

Wynikłe z tego zapatrywania leczenia. Upusty krwi. Odpływy z guzów krwawnicowych. Stosujcie zatem upusty krwi u owych osobników pełnokrwistych; ale niestety oni owe upusty bardzo źle znoszą, zaraz rozwija się u nich niedokrewność. Spostrzegamy to u wieśniaków pomimo wybitnych rumieńców na ich twarzach. Co do krwotoków tak zwanych krytycznych (hemoroidalnych), są to utraty na pozór korzystne; ulga następuje chwilowa, ale po niéj rozwija się niedokrewność groźna. Stahl uważał je za krytyczne, ja je uważam za bardzo niebezpieczne.

Pomiędzy doświadczeniami znajdujemy jedno podane przez Fraenkla, niewykonalne u człowieka, t. j. doświadczenia wykazujące, że nadmiar krwi nie może być stałym, że zwiększone ciśnienie nie może zatem trwać długo, że wytwarza się szybkie wyrównanie już to drogą wydzielin, już to drogą przesączania do tkanin; przetaczanie wszakże krwi jest za gwałtownym i za ważnym rękoczynem nawet w porównaniu z zaburzeniami, jakie pociągać może za sobą nieustanne przeładowanie krwi materyjałami odżywczemi, musimy się zatem go wyrzec.

Inną okoliczność wyświetlił Fraenkel na korzyść swéj teoryi o pełnokrwistości, a tą jest łatwość opróżniania się ze krwi układu włosowatego żylnego i tętniczego w jamie brzusznéj, istotnie ten układ u pełnokrwistych łatwo się rozszerza, a następnie zwęża. Skoro układ ten wypełni się aż do pewnego stopnia, wytwarzają się, powiada on, z powodu ciągłego przesiąkania (transfuzyi) wyraźne zaburzenia w parciu krwi, które raz się podnosi, to znów obniża, wykazując granicę, do któréj możnaby posunąć usiłowania w tym kierunku.

Streszczając ten przedmiot, przypuścić należy, że nie można ani sztucznie, ani klinicznie powiększyć ilości krwi: a zatem nie ma krwistości ogólnéj, ani powiększenia parcia krwi stałego. Istnieje krwistość miejscowa u otyłych, a owa krwistość brzuszna jest tylko zaburzeniem w krążeniu, z rozszerzeniem układu włosowatego żylnego, ze zwolnieniem prądu krwi, zaburzeniami w trawieniu, a nadewszystko z rozdęciem jelit następowem, przyczyniającem się znowu ze swéj strony do utrudnienia w krążeniu. Skutkiem tych zastojów, albo tych zaburzeń w krążeniu brzusznem, przychodzi do zmian mechanicznych w krążeniu ogólnem, mianowicie: do podniesienia parcia w naczyniach mniéj lub więcéj trwałego.

W ten sam sposób, co u osobników otyłych, możemy sobie wytłomaczyć stopniowe podniesienie parcia w naczyniach u osób siedzące życie wiodących, które spotyka się tak u jednych jak u drugich; tylko u osób chudych przeszkody w krążeniu tętniczem zdają się pochodzić wyłącznie z przeszkód w krążeniu brzusznem. Przeszkody wszelako w tych przypadkach nie są wynikiem ucisku naczyń, ale zależą od braku *vis a tergo* w krążeniu żylnem. Ponieważ żyły należące do układu żyły bramnéj nie posiadają zastawek, jedynym zatem bodźcem do wywołania w nich krążenia są ruchy ciała, ale wpływ tych ruchów o tyle tylko udziela się temu układowi, o ile jest w stanie sprowadzić ruch robaczkowy jelit. Skoro bodźca tego zabraknie, następuje zwolnienie prądu w naczyniach, a w skutek tego zastój krwi w układzie żylnym, ale oprócz tego przez zbyteczny dopływ soku pokarmowego z jelit do początków żyły bramnéj i do żył w ogóle powstaje w reszcie układu naczyniowego zaburzenie podobne do tego, jakie sprowadza przeszkoda bezpośrednio w nim umiejscowiona. Podobne osobniki, chociaż blade, zdają się również cierpieć na krwistość, ale ograniczającą się do brzucha

Otóż zdaje się, że taki wstępny okres podniesionego parcia krwi prowadzi do powstawania miażdżycy, że tu mechaniczna przyczyna jest głównym momentem, wywołującym zmiany na wewnętrznych ścianach tętnic, a tłomaczą ją sobie rozszerzeniem, jakiego doświadczają tętnice pod wpływem tego nieprawidłowego parcia. Na poparcie tego zapatrywania przytaczają zmiany miażdżycowe ograniczone tylko do miejsca, które mechanicznie było drażnione. Również żyły mogą podlegać zmianom do pewnego stopnia podobnym do zmian na wewnętrznéj warstwie tętnicy, skoro zostaną narażone na mocne podrażnienia, lub na długo trwający zastój krwi, jak to ma miejsce n. p. przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, przy którem napięcie w układzie żył płucnych jest bardzo podniesione i to przez czas długi.

Wróćmy jednak jeszcze do miażdżycy tętnic; pomimo jéj zależności od parcia krwi w naczyniach, można ją objaśnić jeszcze w inny sposób. Obok wpływu mechanicznego, jaki wywiera podwyższone parcie, mamy znaczne zwolnienie krążenia w okolicy chorobą dotkniętéj; ten nowy czynnik w występowaniu zmian na wewnętrznéj warstwie tętnicy został zbadany przez Traubego, który w przypadku wrodzonego zwężenia ujścia tęt. głównéj znalazł powyżéj i poniżéj miejsca zwężonego rozległe zmiany miażdżycowe. Zmiany miażdżycowe znalezione poniżéj miejsca zwężonego nie mogły pochodzić od parcia krwi zwiększonego, a musiały powstać w skutek zwolnienia prądu krwi. W zwykłych przypadkach miażdżycy tętnic istniećby powinna ta podwójna przyczyna, mianowicie: podwyższone parcie jako przyczyna wstępna i zwolnienie prądu krwi, powstałe w skutek przeszkód w obwodzie usadowionych; w skutek tego przechodzenie ciałek białych do głębszych warstw, nagromadzenie ich w przestworach tkanki łącznéj i przemiana ich na tkankę komórkowatą.

Teoryja ta, opierająca się na zwolnieniu obiegu krwi,

znalazło swe uświęcenie przez prace Thomy; poszukiwania jego odnosiły się do zmian na wewnętrznéj warstwie tęt. głównéj występujących w pierwszych miesiącach po urodzeniu; w tym czasie bowiem w aorcie zstępującéj powyżéj punktu przyczepienia się tętnicy pępkowéj wytwarza się tuż pod pokładem śródbłonka warstwa, złożona z komórek opatrzonych wypustkami, wsuwającemi się między istotą podstawową. Thoma sądzi, że wytworzenie się téj warstwy zależy od przerwania krążenia łożyskowego, stąd powstaje nowa przeszkoda dla prądu krwi w tęt. głównéj, który też zwalnia się widocznie.

W całym rozwoju zatem tego procesu widocznym jest wpływ zwolnienia prądu krwi; jestto przyczyna mechaniczna, która łącznie z podwyższonem miejscowo parciem doprowadza do zmian w naczyniach. Ogólna krwistość nie wywiera tu żadnego wpływu, a nawet istnienie jéj jest wątpliwem w ścisłem tego słowa znaczeniu.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Badanie działania dwóch wiadomych środków w czasie hypnozy i otrzymane w tym kierunku rezultaty powinny były, jak zobaczymy poniżéj, zwrócić uwagę już na samą hypnozę, jéj fizyjologiję, a nie tyle na zmianę działania środków lekarskich. Użyte do badań alkaloidy drażniły specyficznie układ nerwowy, strychnina, sam tylko rdzeń, tebaina, objektywnie także dawała obraz rozdrażnienia mózgu pacierzowego. Chciałem podobną drogą iść daléj i zbadać wpływ podrażnienia mózgu dużego za pomocą specyficznych czynników chemicznych; ale w tym celu kierunek badania trzeba było zastosować inny. W arsenale farmakologicznym nie mamy takich środków, które działałyby tak specyficznie drażniąco na mózg duży, bez ważnego działania pobocznego, jak to ma miejsce ze strychniną względem rdzenia, i które możnaby wprowadzać do organizmu taką drogą, jak ten jad, w celu otrzymania potrzebnego wpływu. Jednakże są środki, które wywierają silny wpływ drażniący na mózg duży obok działania pobocznego i te środki można było zastosować. Jednym z lepszych w tym kierunku jest atropina, któréj silne działanie drażniące na mózg duży przy stosowaniu bezpośredniem wykazał drogą eksperymentalną Albertoni: wyniki badań tego autora potwierdziły i objaśniły silne objawy podrażnienia mózgu dużego w formie bólu głowy, nastroju maniakalnego, halucynacyj, obserwowanego przy otruciu atropiną. Z drugiéj strony drażniące działanie atropiny na rdzeń jest wątpliwem, chociaż Nothnagel twierdzi, że mógł je stwierdzić u zwierząt zimnokrwistych. W doświadczeniach swoich z hypnotyzmem stosowałem właśnie metodę działania bezpośredniego na półkule mózgowe u żaby. W tym celu otwierałem czaszkę zwierzęcia w taki sposób, aby odsłonięte zostały duże półkule, a inne części mózgu pozostały pod kośćmi. Przy ostrożnem wykonaniu operacyi półkule mózgowe obnaża się zupełnie bez uszkodzenia i krwotok bardzo nieznaczny. Po operacyi pozostawiałem żabę na 20—30 minut dla odpoczynku (operacyję robiłem bez chloroformu). Operacyja, wykonana bez znacznéj utraty krwi zwykle nie wywiera znacznego wpływu na ogólny stan zwierzęcia: po 20—30 minutach żaba jest również żywą, energiczną, równie szybko zdejmuje bibułę z nozdrży, równie broni się przy nadawaniu jéj położenia na grzbiecie i przechodzi zwykłe stadyja hypnozy, jak żaba nieruszona, normalna. Czucie elektroodruchowe zaraz po operacyji nieco się zmniejsza, ale wkrótce wraca do normy. Jedném słowem nie zauważamy wyraźnych zmian w stanie ogólnym żaby i doświadczenia z hypnotyzmem udają się tak samo dobrze, jak i u egzemplarzy nieoperowanych.

Do doświadczeń używałem rozczynów siarkanu atropiny 0·02%—2% mocy i 0·02%—0·5% roztwory działały jak rozczyny słabe, 0·5%—2% jak mocne. Posmarowanie półkul mózgowych wykonywałem za pomocą pędzelka, zwilgotnionego rozczynem: manipulację tę uskuteczniałem lekko, bez ucisku, aby nie drażnić mechanicznie mózgu. Przy wypełnianiu doświadczenia w taki sposób naturalnie nie mogło być mowy o ścisłém dawkowaniu, chociaż zwracałem uwagę na to, aby zwilgocenie pędzelka było zawsze jednakowém: tylko mniejsza lub większa moc rozczynu zastępowała w tym razie dawkowanie, tak, że przy stosowaniu roztworu mocniejszego działaliśmy większą, przy stosowaniu słabszego mniejszą dawką. Druga okoliczność, na którą trzeba zwrócić uwagę, jest ta, że chociaż umyślnie starałem się odsłaniać tylko półkule mózgowe, a inne części mózgu dużego pozostawiać pokrytemi, jednakże, jak łatwo zrozumieć, trudno było uniknąć, aby środek działał tylko na te części. W pierwszej chwili mogło tak być w rzeczy saméj, ale po krótkim przeciągu czasu rozczyn musiał przejść na inne części mózgu, a nawet przeniknąć do rdzenia. Mimo wszystkie te przeszkody otrzymałem fakty, pozwalające robić pewne wnioski.

I w tej seryi doświadczeń najlepsze wyniki otrzymałem przy stosowaniu dawek małych i średnich, do jakich należy zaliczyć 0·02%—0·5% rozczyny; rozczyny mocne, jedno i dwuprocentowe, wykazujące silne jadowite działanie, zaciemniały tylko doświadczenie i nie dawały wyników dodatnich. Wniosek ogólny, jaki można wyprowadzić z faktów otrzymanych, różni się nieco od wniosku, otrzymanego przy stosowaniu środków, dzialających na rdzeń pacierzowy. Tutaj nie widzimy tej reakcyi podwójnéj, działania wzajemnego, wpływu hypnozy na środek i środka na hypnozę; przy działaniu atropiny na mózg duży żaby zjawia się tylko jedna strona: działanie środka na hypnozę, działanie bardzo wyraźne, nawet występujące dokładniéj, niż wpływ strychniny lub tebainy. Natomiast nie obserwujemy wpływu hypnozy na działanie atropiny; przynajmniéj nie możemy uwydatnić, wykryć za pomocą używanych metod badania; środek ten w hypnozie działa, w głównych zarysach tak, jak i bez hypnozy.

Opowiem teraz dokładnie te fakty. Jeżeli posmarujemy półkule mózgowe nie śpiącéj, normalnéj żaby 0·02%—0·1% rozczynem atropiny, to zaraz po tej manipulacyi, prawie momentalnie, czucie i odruchy zmniejszają się, tak, że dla wywołania odruchu trzeba użyć prądu przerywanego silniejszego, niż przed stosowaniem atropiny. Przy stosowaniu koncentracyj mocnych, jedno- i dwuprocentowych, po pierwotnym spadku odruchów, który trwa bardzo krótko, a najczęściéj bez niego, prawie odrazu zjawia się zwiększenie odruchów i dla wywołania refleksu trzeba użyć prądu słabszego, niż przed posmarowaniem. Ale przy tém zwierzę staje się bardzo słabém, nie stawia oporu przy nadawaniu mu położenia nienaturalnego, nieraz zdécha po kilku godzinach; tych zjawisk nie widzimy przy stosowaniu rozczynów słabych i żaba na oko jest zdrową, żywą, jak i przed zastosowaniem atropiny.

Pozostaje przy życiu i drugiego dnia odruchy wracają do normy. Spadek odruchów w pierwszym razie należy objaśnić zwiększeniem pobudliwości, podrażnieniem mózgu dużego w ogóle; wiemy, że przy podrażnieniu wielu części mózgu dużego odruchy słabną. Zwiększenie odruchowości w drugim przypadku objaśniamy sobie pognębieniem, paraliżem mózgu dużego wskutek zanadto silnego działania jadu, co zwykle i bywa przy dużych dawkach atropiny. W tym razie żaba żyje jakby bez półkul mózgowych; a przy nieobecności półkul mózgowych odruchy u żaby, jak wiadomo, nasilają się.

Takie same zjawiska obserwujemy przy działaniu rozczynów słabych atropiny na półkule mózgowe żaby uśpionéj. Jeżeli w czasie hypnozy uniesiemy nieco głowę zwierzęcia i ostrożnie posmarujemy półkule, to natychmiast możemy stwierdzić zmniejszenie czucia, resp. odruchów elektrycznych. Odruchowość zmniejsza się jeszcze raz jeden w porównaniu z tą, jaka istniała w hypnozie: zmniejszenie to w jednym razie bywa znaczniejszém, w drugim mniéj znacznėm. Niekiedy zwierzę po dokonanéj manipulacyi budzi się i wstaje: zdarza się to przy smarowaniu rozczynami mocniejszemi; w innych znowu przypadkach leży daléj spokojnie na grzbiecie i nie okazuje nawet życzenia obudzenia się. Jeżeli zwierzę przed zastosowaniem atropiny znaidowało się w hypnozie głębokiéj, to objektywnie nie zauważamy innych zjawisk oprócz zmniejszenia czucia skórnego a na pierwszy rzut oka działanie tego alkaloidu nie jest bardzo znaczne. Inaczéj rzecz się ma, jeżeli żaba śpi powierzchownie lekko. Natychmiast po posmarowaniu półkul zwierzę wpada w głęboką hypnozę, która trwa dość długo. Fakt ten osobliwie rzuca się w oczy, jeżeli mamy do czynienia z egzemplarzem, którego nie można żadną drogą doprowadzić do snu głębokiego; zastosowanie bezpośrednie słabego rozczynu atropiny wywiera w tym razie, rzec można, wpływ cudowny. To samo mamy, jeżeli podziałamy atropiną na półkule mózgowe żaby nie uśpionéj: natychmiast lub też po 2—3 minutach bardzo łatwo otrzymać u niéj odrazu hypnozę głęboką ze wszystkiemi objawami i cechami. Czucie i w tych przypadkach zmniejsza się jeszcze raz jeden zupełnie tak, jak w hypnozie normalnéj. Działanie opisywane atropiny stwierdziłem jeszcze w taki sposób, że w pewnym czasie po operacyi usypiałem żabę, i przekonawszy się, że ona przy pierwszéj hypnotyzacyi śpi bardzo krótko, minutę, dwie, i sama się budzi, pozostawiłem ją dla odpoczynku na 15—20 minut. Po upływie tego czasu działałem na półkule mózgowe atropiną i hypnotyzowałem wszystkie, prawie bez wyjątku egzemplarze; po niedługim oporze wpadały w sen głęboki. Tym sposobem unikałem przypadku, że trafiałem na egzemplarze, które i bez atropiny odrazu zasypiają głęboko: zresztą jednostajność zjawiska po zastosowaniu alkaloidu usuwała przypuszczenie co do znaczenia i częstości takich przypadków. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chemija lekarska.

Prof. Rosenbach (Wrocław): **O barwikach wytwarzających się w przebiegu ciężkich chorób przewodu pokarmowego.**

Jeżeli się do moczu osób dotkniętych chorobą przewodu pokarmowego doda kwasu azotowego i ogrzewa aż do wrzenia, przyjmuje mocz barwę czerwoną (burgundzką), która się po chwili zamienia w żółtą. Po dodaniu ługu potasowego po wstaje w moczu osad z początku niebieskawo-czerwony, po tem brunatno-czerwony. Zastanawiając się nad barwikiem w ten sposób otrzymanym przypuszcza R., że to nie jest indygo, lecz inny jakiś barwik, najtrwalszy z barwików moczu (*Urinchromogen*), któremu na razie nie nadaje żadnego miana; tak samo przypuszcza, że nie wytwarza się ze skatolu, lecz, że jest następstwem działania kwasu azotowego na fenole obecne w moczu. Zdaniem prof. R. występuje opisane oddziaływanie moczu stale w przebiegu ciężkich zaburzeń w przyswajaniu pokarmów. Nasilenie, z jakiem to oddziaływanie występuje, nie zależy wyłącznie od stopnia zamknięcia światła jelita, bo występuje dokładnie i podczas niezupełnych zwężeń światła jelit. Według R. ma ona być stałym objawem raka przewodu pokarmowego i innych wrzodów w jelicie, w przebiegu długotrwałéj biegunki i ogólnego zaniku. W przebiegu zapaleń otrzewny na tle cierpień jelit oddziaływania tego nie ma. (*Berl. klin. Woch.* 1889 Nr. 1). Dr. *Kraus.*

(†) Dla wykrycia soli sodowych w mleku dodaje się do 10 cm. k. mleka równą ilość wyskoku i kilka kropel 1% kwasu rozolowego. Mleko czyste przybiera przytem barwę żółtawo-cisawą, zawierające zaś węglan lub dwuwęglan sodu barwę mniéj lub więcéj różowo-czerwoną. (*Pharmaceut. Era October* 1888).

Farmakologija.

Docent Cervesato (Padwa): **O wartości leczniczéj jodolu w chorobach wewnętrznych.**

Rzadziéj aniżeli jodoform stosowano dotychczas jodol wewnętrznie, mimo, że zawiera tą samą prawie ilość jodu i mimo, że wykazano (Pick), jak mało jest szkodliwym, mimo że nie posiada ani złego zapachu ani złego smaku. Wychodząc z powszechnie przyjętego zapatrywania, że jod działa dobrze w wszystkich chorobach, których podstawą są zołzy, stosował w nich jodol. I w nich, szczególnie w postaci *scrophulosis torpida*, oddawał mu bardzo dobre usługi. Powiększone nie ropiejące gruczoły limfatyczne szybko się pod jego wpływem pomniejszały. Nie tak dobrze goiły się wypryski i do nich podobne zapalenia skóry. Podawał wtedy 0.50—1.0—1.50 jodolu dziennie, przez 2—3 miesięcy. Przeciw powiększonym gruczołom wcierano maść jodolową (1 część na 15 cz. tłuszczu). W cierpieniach błon śluzowych wdmuchiwano czysty jodol; w chorobach płuc i krtani na tle gruźliczém, w nieżytach tchawicy i oskrzeli stosował wdychiwania jodolu w postaci samego proszku, podając go równocześnie wewnętrznie z dobrym skutkiem. Nie drażnił nigdy dróg oddechowych, jak to czynią inne proszki.

W późnych okresach kiły stosuje się powszechnie jod. Zamiast jodku potasu stosował C. jodol wewnętrznie, a na zmiany trzeciorzędne w skórze lub na błonach śluzowych rozczyn jodolu, składający się z 1 części jodolu, 16 części wyskoku i 34 gliceryny. Na uwagę zasługuje, że dotychczas nikt ani C. sam nie widział objawów zatrucia jodem (*jodismus*) po jodolu, jaki się bardzo często widzi po jodzie lub jodoformie. (*Berl. klin. Woch.* 1889 Nr. 2.) Dr. *Kraus.*

Chirurgija.

Sir W. Mac Cormae: **O cięciu brzusznem w celu leczenia uszkodzeń śródotrzewnowych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Później podawano różne szwy, aż w r. 1826 podał Lembert szew jelitowy ze wszystkich najlepszy. Lembert radzi wbijać igłę w odległości 1—2''' od brzegu i wyprowadzić ją na powierzchni przeciętéj, a gdyby brzeg sam był niepewny, to wbić 3½''' od brzegu, a wyprowadzić 1''' od brzegu jelita i wprost przeciwnie poprowadzić igłę w drugiem jelicie, następnie szwy ściągnąć i zawiązać. W ten sposób rzeczywiście powierzchnie surowicze bardzo przylegają, a przy całem postępowaniu trzeba tylko na to uważać, żeby błona śluzowa jelita pozostała nietkniętą, żeby szwów zanadto silnie zaciągać, gdyż mogłoby nastąpić obumarcie brzegów jelita. Jelito tak zeszyte zestawia się w jamie brzusznéj i tę się zamyka. Przed zamknięciem jamy brzusznéj trzeba wymyć ją 3% do 38°C. ogrzanym rozczynem kwasu borowego. Gdyby sieć była uszkodzoną, trzeba części uszkodzone pomiędzy dwiema podwiązkami poodcinać i usunąć.

c. Rany postrzałowe są nadzwyczaj niebezpieczne. Często są jelita w kilku miejscach zranione, co naturalnie pogorsza znacznie rokowanie i utrudnia zabieg leczniczy.

Co się tyczy postępowania wobec nich, to trzeba najpierw przekonać się, czy kula przebiła ściany brzuszne, czy

też może w nich pozostała. W tym celu zaleca się ostrożne sondowanie, w razie zaś potrzeby rozszerzenie rany. Skoro kula przebiła ściany brzuszne, to najczęściéj są i jelita przebite. Oznakami rozpoznawczemi tego są: bóle, niepokój, rozstrój nerwowy, słabe i szybkie tętno i t. d. Objawy te pochodzą częściowo w skutek krwotoku, częściowo zaś w skutek szybko występującego zapalenia otrzewnéj, wywołanego przez wyjście kału do jamy brzusznéj. Przy tem zauważyć trzeba, że kał prawie nigdy nie wychodzi przez ranę w powłokach brzusznych, chociaż i znaczne ilości są w jamie brzusznéj nagromadzone.

Wszystkie te objawy jednak nie dają nam od razu pewności, czy jelito jest przebite, czy nie, autor więc zaleca w razie, gdybyśmy choć podejrzywali tylko zranienie jelita, wykonać zaraz cięcie brzuszne. Po otwarciu jamy brzusznéj trzeba odszukać miejsce zranione, co najlepiéj w ten sposób uskutecznić, że się jelito zacząwszy od jelita ślepego w górę między palcami przesuwa. Jeśli ranka jest małą, to trzeba ją zeszyć, jeźli zniszczenie jest większem, to należy zniszczony kawałek jelita wyciąć. Następnie trzeba wyczyścić jamę brzuszną i zaszyć ją.

Rany jelita grubego są znacznie mniéj niebezpieczne niż cienkiego, gdyż jelito grube jest tylko częściowo pokryte otrzewną.

Rany żołądka są także bardzo niebezpieczne. Zaleca się w obec nich wykonanie cięcia brzusznego i zaszycie rany, chociaż niektórzy radzą jeszcze zeszycie brzegów rany z raną zewnętrzną i utworzenie w ten sposób przetoki żołądkowéj.

Rany trzustki saméj są bardzo rzadkie.

Rany nerki są także zwykle połączone z ranami innych narządów. Gdyby nerka sama była zranioną, to zaleca się wyjęcie jéj. Leczenie operacyjne ran wątroby jest w ogóle dotąd szczupłe; w razie zranienia jéj należy także wykonać cięcie brzuszne, gdyż krwotok wątroby daje się przez podwiązanie lub ucisk zatamować. W razie zranienia śledziony należy ją natychmiast wyjąć.

B. Uszkodzenia narządów śródotrzewnowych bez zranienia ścian brzusznych.

a. Uszkodzenia przewodu pokarmowego zdarzają się przy silnych urazach; rozpoznanie ich zaraz w początku jest bardzo trudne, dla tego też autor zaleca w razie gdyby choć podejrzenie istniało, wykonać próbne cięcie brzuszne.

b. Uszkodzenia pęcherza zdarzają się dość rzadko; rozpoznanie ich jest bardzo trudne. W razie gdyby pewne rozpoznanie niemożebne było, zaleca autor także wykonanie cięcia brzusznego próbnego.

W razie przedarcia pęcherza należy go zeszyć. Szew pęcherzowy zalecał Bell już w r. 1789; co się tyczy rodzaju szwu, to dotąd nie ma pod tym względem zupełnéj zgody, na jedno tylko trzeba zawsze uważać, t. j. żeby w szew nie zabrać błony śluzowéj. Przytem trzeba pamiętać, że operacyja nawet dość późno wykonana, może być uwieńczona pomyślnym skutkiem, bo mocz nie tak prędko wywołuje zapalenie otrzewnéj. I tak Rivington wykonał w 24, autor w 26, Brown w 84, Hamilton nawet w 124 godzin po zranieniu cięcie brzuszne i jeszcze nie było zapalenia otrzewnéj. Po operacyi radzi autor często zaprowadzać cewnik do pęcherza, nie zostawiać go zaś stale, gdyż może wywołać rozkład moczu.

W końcu podaje autor bardzo ciekawą statystykę śmiertelności z ran z ostatnich wojen, którą tu jednak dla braku miejsc opuścić musimy. (*Volkmann: Sammlung kl. Vorträge* Nr. 316, 1888). *Dr. Rościszewski.*

Choroby kobiece.

Prof. Schultze: **O krążkach z celuloidu.**

Schultze, wynalazca krążków z drutu miedzianego, otoczonych gumą, czuje najlepiéj, ile wad mają te jego krążki; a najważniejszą z nich jest ta, że gumowe okrycie krążka po dłuższym lub krótszym czasie się psuje, wywołuje rozkład wydzieliny pochwy i przez to silne takowéj zadraźnienie. Ażeby temu zapobiedz, starał się autor w ostatnich czasach zastąpić gumę celuloidem. Istota ta ogrzana w ciepłéj wodzie, daje się bardzo łatwo wyginać, łatwiéj nawet niż krążki z drutu okrytego gumą; kształtu raz nadanego nie zmienia w ciepłocie ciała i zachowuje w pochwie swoją gładką powierzchnię znacznie dłużéj, aniżeli wszelkie inne istoty używane do sporządzania krążków. Autor sam zna przypadki, w których krążek celuloidowy leżał w pochwie bez przerwy przez kilka lat, nie zadraźnił takowéj zupełnie i zachował powierzchnię zupełnie gładką. Oprócz krążków z celuloidu używał Schultze krążków z drutu otoczonego celuloidem, woli jednak pierwsze, gdyż przy wyginaniu nadać im można łatwiéj piękne okrągłe kształty. Autor uważa na podstawie licznych doświadczeń celuloid stanowczo za najlepszy materyjał na krążki. Najlepsze krążki celuloidowe o średnicy 70, 75, 80 do 120 mm. wyrabia fabryka gumy i celuloidu w Mannheim. (*Wiener Medizinische Blätter*, 1889, Nr. 7). *A. R.*

Choroby weneryczne.

A. Heller: **Choroby płuc w kile wrodzonéj.**

H. rozróżnia trzy postacie wrodzonéj kiły płuc: 1) postać kilakową, 2) zapalenie białe płuc według Virchowa, 3) *Pneumonia syphilitica interstitialis. Pneumonia alba* znalazł H. tylko u dzieci nieżywo urodzonych, lub u takich, które wkrótce po urodzeniu umarły; dzieci zaś, które przynajmniéj kilka godzin żyły, okazywały tylko postać międzytkankową. Zapalenie płuc białe jest bardzo rzadkie; płuca są duże, białe, szarawo lub czerwonawo marmurkowane i bez użycia znacznéj siły nie można ich wydąć. Opłucna, osierdzie bywają wynaczynionkami pokryte. Rozszerzone pęcherzyki płucne założone są odpadłym przybłonkiem jużto stłuszczonym, już też rozpadłym. Dzieci nie są zdolne do życia. Postać międzytkankowa rozwinięta jest głównie około oskrzeli i naczyń, już to w ogniskach, już też na rozlanéj przestrzeni. Płuca wtedy są duże, twarde, zawierające powietrze, ciemne albo blade. Tkanka międzypęcherzykowa rozwinięta, pęcherzyki płucne wąskie. Serce prawe może okazywać przerost. Cały obraz przypomina przez Virchowa opisane płuca twarde i barwikiem przepełnione dorosłych dziewcząt. Virchow w wszystkich tych przypadkach przypuszczał kiłę wrodzoną. Zapalenie płuc rozpoczyna się już w życiu płodowem i może być już bardzo rozwiniętem przed porodem. Dłuższe życie jest wtedy wykluczone. Za śmiercią z uduszenia przemawiają wtedy wynaczynionki pod opłucną i osierdziem. Gdy sprawa chorobowa w mniejszem nasileniu, może dziecko żyć nawet aż do dojrzałości płciowéj. Przyczyną śmierci bywa najczęściéj zapalenie oskrzeli, opłucny, płuc, nieżyt żołądka i kiszek. Równoczesnego występowania gruźlicy H. nigdy nie widział. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, tom 42, zeszyt 1—3). *Dr. Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 23 lutego 1889 r.

Przewodniczący Dr. Pawlikowski. Członków obecnych 36.

1) Kolega Ziembicki demonstruje preparat *neuroma myxosarcomatosum ischiadici* pochodzący z 42 letniego mężczyzny.

2) Kol. Prus przedstawia chorego ze skrzywieniem kręgosłupa z powodu nerwobólu kulszowego jako typowy i charakterystyczny przykład do swego odczytu w téj sprawie.

3) Kol. Barącz omawia objawy, jakie u chorego na ostatniem posiedzeniu przedstawionego po resekcyi pnia nerwu współczulnego na stronie prawéj szyi spostrzegał. Przypadek ten ma zamiar szczegółowo opisać w *Przeglądzie Lek.*, obecnie więc tylko w krótkości podaje, że zauważył nieznaczne zaczerwienienie policzka i ucha po stronie prawéj przez kilka dni po operacyi trwające, niezwykłą bolesność i obrzęk języka po stronie operowanéj i nadzwyczajne ślinienie utrzymujące się aż do odjazdu chorego w 2 tygodni po operacyi. Bolesność i obrzęk języka stopniowo się zmniejszyły. Tętno nieokazywało żadnych nieprawidłowości, stan umysłu nie zmienił się, źrenice zachowywały się jak po podwiązaniu tętnic kręgowych. Tożsamość nerwu współczulnego w danym przypadku stwierdził kol. prof. Kadyj

dokładnem zbadaniem drobnowidowem wyciętego kawałka i wykazaniem w nim charakterystycznych zwojów.

W dyskusyi kol. Prus twierdzi, że on sam wprawdzie podniósł na ostatnim Zjeździe lekarskim we Lwowie myśl o resekcyi nerwu współczulnego u epileptyków, ale obecnie zabieg kol. B. wydaje mu się zbyt śmiałym, bo znane mu są z literatury spostrzeżenia i doświadczenia, że po uszkodzeniach nerwu współczulnego następował zanik mózgu. — Kol. Barącz zastrzega sobie pierwszeństwo podania myśli o resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki. Pobudką do tego zabiegu było przypuszczenie, że przy podwiązaniu tętnic kręgowych u epileptyków także przecięcie gałązek nerwu współczulnego składało się na skutek leczniczy. Do urzeczywistnienia téj myśli zachęciły go wreszcie znane mu przypadki wrażeń postrzałowych nerwu współczulnego tudzież przypadek Israela w Berlinie, w którym tenże wyłuszczając znaczny nowotwór naczyniakowy szyi (*cavernoma*) wyciął równocześnie 5 ctm. długi kawałek nerwu współczulnego bez jakichkolwiek szkodliwych następstw dla ustroju chorego. Czy zabieg ten odniesie pożądany skutek leczniczy, przyszłość okaże. Chory przedstawiony do tego czasu napadu padaczkowego po operacyi nie miał, jakkolwiek się już przed dwoma tygodniami tego spodziewał. — Kol. Pisek stwierdza fakt, że kiedy dawniéj kol. Prus doradzał tego zabiegu, obecnie jest mu przeciwnym. On sam uważa również resekcyę nerwu współczulnego jako zabieg zbyt śmiały, ale z drugiéj strony w przypadkach padaczki ciężkich, gdzie wszelkie inne dotychczas używane leczenie pozostaje bez skutku, można go usprawiedliwić, chyba, że dalsze doświadczenia wykażą jego zupełną bezskuteczność lub nawet szkodliwość. — Kol. Prus tłumacząc sprzeczność w swoim zapatrywaniu się dawniejszem a obecnem na resekcyę nerwu współczulnego jako zabiegu leczniczego w padaczce podaje, że myśl ta w czasie zjazdu powstała nagle i nie miał nawet czasu nad nią obszerniéj się zastanowić i dlatego późniéj po dokładnem rozważeniu i uwzględnieniu dotyczących dat z literatury musiał zmienić o niéj swe zdanie.

4) Kol. Pawlikowski poprosiwszy kol. Riegera, aby za niego objął przewodnictwo, zdaje sprawę z obrad komisyi w sprawie wniosków kol. Merunowicza o nadzorze lekarskim w szkołach. Po wszechstronnem rozebraniu uznała komisyja dotyczący téj sprawy referat kol. Merunowicza za zupełnie odpowiedni i przedkłada go w następującéj formie do potwierdzenia:

„Komisyja wybrana na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lekarzy galic. dnia 9 lutego b. r. z Dra Merunowicza, jako wnioskodawcy, Merczyńskiego i Pawlikowskiego złożona celem omówienia wniosków Dra Merunowicza w sprawie nadzoru lekarskiego w szkołach przedstawia dziś zgodnie z wnioskodawcą do uchwały Sekcyi co następuje:

1) Sekcya lwowska Tow. lek. galic. uznając potrzebę nadzoru lekarskiego w szkołach uważa za rzecz niezbędną, aby w każdéj okręgowéj Radzie szkolnéj uczestniczył lekarz powiatowy lub inny z głosem stanowczym i równym z innymi członkami téjże Rady.

2) Uznaje również potrzebę, aby w Krajowéj Radzie szkolnéj zasiadał lekarz jako członek téjże z równemi prawami jak inni członkowie.

3) Uznaje potrzebę utworzenia we wszystkich miastach, które mają szkoły średnie, inspektorów lekarskich dla szkół średnich, mianowanych przez krajową Radę szkolną, których zadaniem byłoby:

a) W peryjodycznych odstępach czasu badać warunki budynku szkolnego, jego czystość, sposób ogrzewania, przewietrzania, wpływać na sprawianie odpowiednich ławek szkolnych, zapobiegać przepełnieniu sal szkolnych;

b) badać środki naukowe (książki, zeszyty, tablice) i wpływać na usunięcie wadliwych;

c) wpływać na zrównoważenie wychowania fizycznego z wychowaniem umysłowem w szkole; nadzorować naukę gimnastyki;

d) badać stan zdrowia uczniów, zapobiegać szerzeniu się chorób zakaźnych między młodzieżą szkolną, zachęcać młodzież do zamiłowania czystości swego ciała;

e) badać stosunki zdrowotne uczniów umieszczonych na stancyi;

f) usuwać niebezpieczeństwo wypływające z nagromadzenia dzieci w jednym budynku;

g) wydawać opinię co do nowych budowli szkolnych;

h) przez dokładne pomiary wzrostu i mierzenia sił fizycznych zbierać daty statystyczne jako materyjał, któryby stanowił podstawę do przyszłego zreformowania szkół średnich.

4) Wynagrodzenie dla inspektorów lekarskich szkół średnich ma być wymierzane w stosunku do liczby uczniów tych szkół — na razie za każdych 100 uczniów po 40 złr. rocznie; wynagrodzenie roczne nie może być mniejsze niż 120 złr.

5) Fundusz potrzebny powstaje z dodatku po 25 centów na półrocze przy wpisie opłacanego.

6) Sekcyja lwowska Tow. lek. galic. uznając ważność i konieczną potrzebę zaprowadzenia inspektorów lekarskich w szkołach wzywa szan. zgromadzenie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, które na 5-tem walnem zgromadzeniu odbytem w Krakowie 1888 r. uznało w zasadzie potrzebę nadzoru lekarskiego w szkołach, do współdziałania w zaprowadzeniu tegoż i uzyskania na to zezwolenia ze strony p. Ministra oświaty“.

Referat ten na posiedzeniu Sekcyi jednogłośnie przyjęty doręczono następnie Prezesowi Tow. nauczycieli szkół wyższych.

5) Kol. Prus mówi: „O skrzywieniach stosu pacierzowego w przebiegu neuralgii kulszowéj, który to odczyt ma zamiar umieścić w całości w *Przeglądzie Lekarskim*. Dyskusyę nad tym odczytem odłożono do posiedzenia następnego.

Sekretarz: Dr. *Lebedowicz*.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie III cie z dnia 2 kwietnia 1889.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński: Obecnych członków 9.

Ref. komisyi prof. Steingraber zdaje sprawę z rozbioru chemicznego, i sposobu fabrykacyi piwa słodowego wyrobu pana Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie. — Sprawozdanie to brzmi: 1) Piwo słodowe, przyrządzane jest na mocnem tak zwanem „eksportowem“ piwie. 2) Ilość dodanego ekstraktu słodowego, (60 grm. na 360 grm. piwa, to jest jedną butelkę) jest zupełnie wystarczającą. 3) Ilość bezwodnika węglowego jest dostateczna. 4) Dodawany ekstrakt słodowy jest starannie przyrządzony, gdyż piwo nawet przy dłuższem staniu nie mąci się. 5) Ilość cukru i dekstryny jest odpowiednia. 6) Ilość ciał białkowatych, nie ścinających się, bardzo znaczna, co świadczy korzystnie o dobroci wyrobu, gdyż do tych właśnie ciał należy diastaza. 7) Ilość kw. krzemowego i fosforowego, jako też cała ilość popiołu wskazuje, że użyte piwo, jako też i użyty wyciąg słodowy, pochodzą z dobrych i zdrowych materyjałów surowych. 8) Wejrzenie przyjemne, czyste i lśniące, smak dobry. W obec tego wyniku badania chemicznego, nadto, zupełnie korzystnego sprawozdania o fabrykacyi saméj; w obec daléj ceny znacznie niższéj, niż podobnych przetworów zagranicznych, n. p. piwa słodowego Hoffa, komisyja przemysłowa postanowiła przedstawić Towarzystwu lekarsk. krak. piwo słodowe wyrobu p. Konstantego Wiszniewskiego, jako przetwór polecenia i poparcia godny. (Tow. lek. krak. w d. 10 kwietnia 1889 uchwałę tę potwierdziło).

Sekretarz komisyi przemysłowéj: Doc. Dr. *Gluziński*.

VI. Życie i działalność śp. dr. A. Biesiadeckiego.

(Odczyt prof. dra Adama Czyżewicza wygłoszony na dorocznem zgromadzeniu Tow. lekarzy galicyjskich 27 kwietnia b. r.)

Alfred Karol 2 im. Biesiadecki urodził się 12 marca 1839 r. w Dukli. Ojciec jego Franciszek Ksawery był podówczas komisarzem drogowym, ożeniony z Anną Hoenikówną.

W r. 1847 i 1848 złożył egzaminy szkół normalnych we Lwowie jako prywatysta. Jako taki ukończył I. klasę gimnazjalną w r. 1849, poczem uczęszczał do II gimnazjum we Lwowie aż do r. 1856. Dnia 1 września 1856 r., złożył w témże gimnazjum egzamin dojrzałości i wpisanym został na rok szkolny 1856/7 jako zwyczajny słuchacz medycyny w Uniwersytecie wiedeńskim. D. 14 kwietnia 1862 r. otrzymał dyplom doktora medycyny, 15 lipca tegoż samego roku doktora chirurgii, a 15 kwietnia 1863 magistra akuszeryi. Już jako rygorozant w marcu 1862 wstępuje do służby szpitala powszechnego we Wiedniu jako aspirant, 12 sierpnia tegoż roku otrzymuje posadę lekarza pomocniczego

2-ej klasy na 4 oddziale wewnętrznym, prowadzonym przez dr. Koliskę. Od 23 października 1863 aż do 26 listopada 1864 pracuje w oddziale 2-gim chirurgicznym dr. Ulricha, przechodzi następnie na oddział skórny dra Hebry, gdzie pozostaje do końca marca 1865 r., a ztąd przechodzi już jako sekundaryjusz I. klasy na 5 oddział wewnętrzny dr. Standhartnera, gdzie do końca października pozostaje. Już podczas służby szpitalnej zajmuje się specyjalnie anatomiją patologiczną i dnia 1 listopada 1865 r. bierze go jako asystenta nieodżałowanej pamięci prof. Rokitańsky do swego zakładu. Dnia 11 sierpnia 1868 mianuje go Wydział lekarski w Wiedniu asystentem anatomii patologicznej na drugie dwa lata. Tych lat atoli Biesiadecki nie wysługuje już w Wiedniu, gdyż JC. Mość raczył, dekretem z dnia 10 września roku 1868, zamianować go zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej na wszechnicy w Krakowie i to na podstawie podanych warunków, co do płacy i dodatków znacznie korzystniejszych od innych profesorów tegoż uniwersytetu. W roku 1872 wybiera go Akademija Umiejętności w Krakowie swym czynnym członkiem, a JC. Mość wybór ten dnia 18 paźdz. 1872 potwierdza. Jako profesor anatomii patologicznej przyjmuje Biesiadecki obowiązki prosektora szpitali krakowskich, za osobnem wynagrodzeniem z funduszów krajowych, a w r. 1872 wybrało go koło I. radcą miasta Krakowa, którą to godność pełnił gorliwie i z korzyścią dla miasta, jak się wyraża uchwała rady miejskiej z d. 14 września 1867, przyjmująca jego rezygnacyję z powodu wyjazdu do Lwowa.

Nie są to atoli wszystkie urzędy, którym niezmordowany i czynny umysł Biesiadeckiego wydołać potrafił. Jego natura krzepka dąży coraz to dalej i przyjmuje nowe obowiązki. Już 21 marca 1873 przedstawia go Wydział lekarski w Krakowie Ministerstwu oświaty na zastępcę profesora kliniki chorób wewnętrznych, opróżnionej po zmarłym prof. Gilewskim, a z powodu ciężkiej choroby ówczesnego jej asystenta i suplenta dra Pareńskiego zupełnie osieroconej i Ministerstwo oświaty, dekretem z dnia 30 kwietnia 1873, oddaje mu prowadzenie tej kliniki. Lecz za dużo to było pracy na jednego człowieka i Biesiadecki sam prosił w 1874 o uwolnienie od prowadzenia kliniki lekarskiej, na co Ministerstwo pismem z 3 kwietnia 1874 zezwala. W roku 1873 dnia 10 lipca porucza mu ministerstwo oświaty nowy obowiązek kustosza muzeum zootomicznego za osobną renumeracyją. Tyle pracy i różnorodnej działalności dla Wszechnicy zjednały Biesiadeckiemu zaufanie i szacunek kolegów, którego wyrazem był wybór na dziekana Wydziału lekarskiego na rok 1874/5. Wśród tej kilkuletniej działalności wyłania się konieczna potrzeba nowego gmachu dla zakładu anatomii patologicznej. Znacie koledzy ten zakład i wiecie dobrze, że dla Biesiadeckiego, któremu forsowna praca w anatomii i mikroskopii złożyła zaród choroby piersiowej, inny więcej higieniczny budynek był potrzebnym i pojmiecie, że usilnie starał się oto, aby zakład sobie poruczony postawić na takiej stopie, jakiej jego ważność dydaktyczna i stanowisko naukowe wymagały. Nieuwzględnienie tego żądania, tak bardzo usprawiedliwionego, było powodem, że prof. Biesiadecki opuścił posadę nauczyciela i przyjął inną, nie mniej wpływową i ważną, która zjednała mu ogólne poważanie oraz szczere przywiązanie całego stanu lekarskiego w kraju. Przez śmierć dra Ressiga opróżniła się posada Radcy namiestnictwa i referenta spraw zdrowotnych w Galicyi. Niespokojny i czynny umysł Biesiadeckiego upatrzył tę posadę dla siebie w przekonaniu, że skoro praca w anatomii patologicznej w zakładzie krakowskim stała się niemożebną, to poprawa opłakanych stosunków sanitarnych naszego kraju da mu chociaż mozolne i ciężkie, to przecież wdzięczne pole zajęcia. Wślad za jego krokami ku objęciu owej posady skierowanemi idą usiłowania Wydziału lekarskiego i Ministerstwa oświaty utrzymania go dla Uniwersytetu. Dnia 18 lutego 1876 wzywa pan Minister oświaty Wydział lekarski, aby: *„bei dem Umstande, als ich entschieden darauf Werth lege* Prof. Biesiadecki *seiner Lehrkanzel zu erhalten"* porozumiał się z nim, co do warunków pozostania przy katedrze. Usiłowania te nie doprowadzają do celu i Biesiadecki wyraźnie przytacza jako pierwszy powód opuszczenia profesury, że stan zakładu patologicznej anatomii sprzeciwia się przepisom sanitarnym. Pomimo wszechstronnego uznania potrzeby budowy tego zakładu, pomimo, że już przyległym do tego właścicielom realności ofiarowano za takowe ze strony rządu poważną sumę 46.000 złr., nie doprowadzono tych układów do skutku, i owszem zażądano nowych wniosków co do zakładu, oznaczając jako maximum 20.000 złr. wydatku. To rozchwiało nadzieje Biesiadeckiego i pomimo, iż w myśl wezwania JE. Ministra oświaty d. 20 marca 1876 pojechał do Wiednia w celu porozumienia się ustnego, nie przywiózł ztamtąd spełnienia swych życzeń i przyjął posadę Radcy namiestnictwa udzieloną sobie najwyższem postanowieniem JC. Mości z dnia 14 maja 1876 r.

Nie mogę pominąć sposobności, aby nie oddać czci J. Eksc. ówczesnemu Ministrowi oświaty za to, że gorąco pragnął utrzymać Dra Biesiadeckiego w zawodzie nauczycielskim dla dobra Wszechnicy i jéj wychowańców, ale wierzcie mi panowie, że pojmuję doskonale krok ten naszego prezesa. Kto bowiem lata długie pracować musiał w złym i nieodpowiednio urządzonym zakładzie, ten ocenić potrafi, ile taki zakład przyczynia się do rozczarowania, zabicia chęci do pracy i złamania marzenia życia, już osiągniętego. Pobyt tam staje się prawdziwą przykrością, któréj nie ma końca. Takie uczucie opanowało Biesiadeckiego wtedy, kiedy porzucił anatomiję patologiczną i objął inne pole działania, pożegnany zaszczytnemi i pełnemi uznania pismami Ministerstwa oświaty, Senatu akademickiego i Wydziału lekarskiego. Jeszcze pismem z d. 22 maja 1878 r. próbuje Wydział lekarski w Krakowie nakłonić do powrotu Dra Biesiadeckiego, ale i ta próba rozbija się o te same co pierwéj skopuły. Od roku 1876 zaczyna się więc drugi dział życia Dra Biesiadeckiego, może nieco dokładniéj szanownym kolegom znany. Tu zeszedłem się z nim w kraj. Radzie zdrowia, bo dotąd małośmy się znali, a z biegiem lat wyrobił się między nami stosunek tak przyjacielski, że znaliśmy tajniki naszego życia i ufali sobie nawzajem zupełnie. Dlatego, nie każcie mi oceniać życia tego człowieka, jako człowieka, bom tak mało doznał prawdziwéj przyjaźni, tak rzadko nie nadużyto mego zaufania, że tym razem nie potrafiłbym być bezstronnym. Z jego działalności jako protomedyka powiem wam tylko niewiele. On umiał swoim talentem i nabytem poszanowaniem własnéj wartości naukowéj zrobić z posady urzędnika prawdziwego doradcę rządu w sprawach sanitarnych; on umiał uzyskać zaufanie i prawdziwy szacunek całego stanu lekarskiego, którego dola i niedola była jego własną, — czuł głęboko niezasłużone upokorzenie tego stanu i bronił go według siły i możności. To jest zadanie, któremu warto poświęcić życie, zadanie, którego nikt przed nim nie dokonał i które nie łatwo po nim będzie osiągnąć. Co do spraw sanitarnych, to prace jego i dążności cechowało zawsze dobro ogółu i kraju, oraz głębokie poczucie wypełniania obowiązków. Pracy téj nie ukończył, zaczął ją tylko, ale na to chyba nie jedno życie ludzkie u nas nie wystarczy. Myślał o każdym dziale téj sprawy, przygotowywał wszystko z niezwykłą znajomością ludzi i terenu, na którym pracował; widziałem to bardzo dobrze, gdyż nie było żadnéj sprawy, w któréj nie miałbym z nim dokładnego czucia.

W r. 1879 wybuchła w gubernii astrachańskiéj dżuma. Mocarstwa europejskie, widząc swoje ludy zagrożone, wysłały tam komisyję lekarską w celu zbadania téj strasznéj choroby i zrobienia wszystkiego, aby jéj nie wpuścić do granic swoich. Jechać w kraje prawie do Azyi należące w celu zbadania zarazy, któréj nic oprzeć się nie zdoła, która była postrachem Europy i groziła jéj wyludnieniem, jechać zostawiając rodzinę bez zapewnienia jéj bytu i narażać życie z piękną pozycyją społeczną; na to potrzeba nietylko odwagi i poświęcenia, nietylko ciekawości wiedzy, ale tego głębokiego poczucia obowiązku, co się nie wzdryga przed żadném niebezpieczeństwem. Galicyja pierwsza była zagrożoną, więc protomedyk tejże, fachowy anatom patologiczny, sam się zgłasza do władz, że pojedzie do Wetlanki zbadać tę chorobę, z którą kto się spotkał, nie wraca do domu. Tego podjął się Biesiadecki i zasłużył rzetelnie na wszystkie pochwały i uznania i na to zaufanie, którego wyrazy umiesz-

czone są w piśmie JEx. pana Prezesa Ministrów z dnia 29 stycznia 1879 r. Zasłużył godziwie, że piersi jego ozdobiły ordery żelaznéj korony III klasy, św. Stanisława II klasy i Orła czerwonego III klasy. Podróż ta atoli i jéj trudy złożyły w zwątlonym już organizmie zaród choroby, która kres jego życiu położyła. Od powrotu zapadal często, a każdemu choćby drobnemu cierpieniu towarzyszyła albuminuria i krwioplucie. Znał swój stan wybornie i często o nim mówiąc lekceważył go, jak to każdy z nas zwykł czynić, wszelkie przedstawienia były daremne, wywoływały tylko uśmiech i twierdzenie, że długo to potrwać nie może, Pomimo tego przyszedł prawie do względnie zupełnego zdrowia i ochoty do dalszéj pracy. Jednéj tylko rzeczy nikt go oduczyć nie potrafił, a tą było lekceważenie zdrowia, gdzie chodziło o sprawy ważniejsze. Każdy wyjazd odchorował, a zawsze bez wahania wyjeżdżał. W marcu 1888 wśród okropnych zasp śniegowych, które ruch pociągów na wszystkich linijach wstrzymały, wyjechał w urzędowym interesie w Sanockie. Zatrzymał się w Samborze, aby uregulować zapis śp. Dra Niedźwieckiego, naszemu Towarzystwu szlachetnie zrobiony. Tam w nocy w hotelu samotny dostał pierwszego napadu uremii. Dzięki opiece kolegów samborskich, bo z nas z powodu zamieci śniegowych nikt absolutnie żadnym sposobem dostać się tam nie mógł, przebył ten napad szczęśliwie. Odtąd atoli nie przyszedł więcéj do zdrowia i ciągle zapadał. Podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników roku zeszłego we Lwowie przyjmował Radcę Ministerstwa Dra Kusego z Wiednia, a chcąc mu choć w części pokazać stosunki sanitarne Galicyi. pomimo silnéj chrypki i krwioplucia, zawiózł go na ważniejsze punkta kraju, aby je widział naocznie. Wróciwszy opracował jeszcze sprawę organizacyi lekarzy dystryktowych. To była sprawa pilna i ona wraz z innemi zajęciami biurowemi była powodem, że nie było podobnem wyciągnąć go na dłuższy czas ze Lwowa, chociaż widocznem było, że zdrowie jego coraz bardziéj zapada. We wrześniu znów się zaziębił i nieopuszczał czas jakiś pokoju, a w październiku zapadł na różę twarzy i głowy. Odtąd zaczęło się powolne konanie, jedna za drugą rwała się nić życia, a zupełna samowiedza stanu zdrowia oraz najdokładniejsze, po śmierci sprawdzone rozpoznanie choroby sprawiły gorączkowe rozdrażnienie i pospiech w uregulowaniu stosunków rodzinnych. „Miałem teraz jedno tylko marzenie, uczciwię pracować dla mojéj rodziny i tego mi nie dozwolono“, mawiał do mnie, rozbierając sprawy dotyczące najbliższych. W marcu bez powodu, bo nieopuszczał mieszkania, wystąpiła pleuropneumonia ograniczona i 31 marca w południe wśród strasznego pasowania się życia ze śmiercią zamknąłem mu powieki, bo duch uleciał z tego padołu nędzy i płaczu. Pozwólcie mi koledzy odwrócić się od tego bolesnego widoku, co mi tak żywo stoi przed oczyma, wszak grzebać drogich sercu i złamane marzenia młodości, to jedno z główniejszych zadań naszego życia!

Przechodzę więc do działalności naukowej dr. Biesiadeckiego.

Od pierwszych lat nauk uniwersyteckich pracował on w anatomii drobnowidowéj. Jeszcze w roku 1858 w laboratorjum prof. Wedla, póżniéj aż do 1865 r. u prof. Brückego, w którego zakładzie wykończał już jako uczeń prace samoistne.

Od roku 1863 był już przeznaczonym na asystenta prof. dra Rokitańskiego i prócz zajęcia w oddziałach szpitalnych pracował w tegoż zakładzie, zastępując kilkakrotnie dłuższy czas asystenta. Zamianowany w październiku 1865 r. asystentem prof. Rokitańskiego, urządził 2-miesięczne kursa anatomii patologicznéj dla rygorozantów. W roku 1866/7 wykładał 2 kursa anatomii o zmianach przez kiłę wywołanych i trzy anatomii chorób skórnych licznym słuchaczom. Na ostatni uczęszczało 37. W owym czasie nie było w zakładzie anatomii patologicznej w Wiedniu ani miejsca, ani mikroskopów do badań patologiczno-anatomicznych. Dopiero staraniom prof. Rokitańskiego udało się uzyskać od prof. Hellera trzy pokoje, w których laboratorjum histologiczne urządzone zostało, do czego prof. Rokitańsky swoje własne mikroskopy do użytku Biesiadeckiemu oddał. W ten sposób urządził tenże laboratorjum, a w nim kursa ćwiczeń histologicznych, które tak były uczęszczane, że codziennie wykładał od 2—4. i od 4—6. i zawsze pewną liczbę uczniów musiał oddalać, bo ich nie było gdzie umieścić. Z tego to laboratorjum wyszły: prace umieszczone w roczniku Akademii umiejętności wiedeńskiéj, które tamże częścią przez prof. Rokitańskiego, częścią przez Biesiadeckiego przedkładane były. Zamianowany w Krakowie profesorem, urządza Biesiadecki laboratorjum histologiczne i publikuje sprawozdania, aż do czasu, w którym opuszcza katedrę i udaje się na posadę referenta spraw sanitarnych dla Galicyi. Prace, które wyszły z pod jego ręki są następujące:

1. Die verschiedenen Formen der gestreiften Muskelfasern Biesiadecki-Herzig Sitzungsberichte der k. Akademie d. Wissenschaften in Wien. Band XXXIII. 1858.

2. Ueber das Chiasma nervor. opticorum der Menschen und der Thiere. Sitzunsberichte d. k. Akad. in Wien 1860.

3. Ein Fall von Uterus bicornis mit Ueberwanderung des Eies aus dem linken Ovarium in das rechte Horn. Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien 1866. Nr. 30.

4. Untersuchungen über die Gallen- u. Lymphgefaesse der Menschenleber in pathologischen Zuständen. Sitzgsb. der k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. LV. Abthl. I. 1867.

5. Beiträge zur physiologischen Anatomie der Haut. Sitzgsb. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. LVI. II. Abth. 1867.

6. Ueber Blasenbildung bei Verbrennung d. Haut. Sitzgsb. d. k. Akad. u. Wiss. in Wien. Bd. LVII. II. Abth. 1868. (Przegląd Lek. 1868. Nr. 16).

7. Ueber Tuberkelbildung in Blutcoagul. Sitzgsb. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. LVII. II. Abthl. 1868.

8. Zottenenchondrom des Darmbeines, enchondromatöse Thromben der Beckenvenen und Lungenarterien. Sitzgsb. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. LVII. II. Abth. 1868.

9. Haut, Haare und Nägel. Strickers Gewebelehre. III. Heft. Leipzig 1870.

10. Untersuchungen über Blasenbildung und Epithelregeneration an der Schwimmhaut des Frosches. Sitzgsb. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. LXI. II. Abth. 1870. Toż samo po polsku. Roczniki Tow. nauk. Kraków.

11. O wrzodach w dwunastnicy. Przegląd Lek. Nr. 31.

12. Przyczynek do anatomji patologicznéj kiły w jelitach (syphil. intestinorum). Rocznik Tow. nauk. Kraków. Przegląd Lek. 1871. Nr. 3, 4, 5.

13. O nowej zatoce otrzewnéj, w której mogą powstawać przepukliny wewnętrzne, tudzież o torbielach, które uchodzić mogą za przepukliny pachwinowe. Rocznik Tow. nauk. Kraków. (Z zakładu anat. patol. 1871. Przegląd Lek. Nr. 7, 11, 12, 13 i 15).

14. Przyczynek do anatomii patologicznéj pierzchnicy wypocinowéj czerwonéj (Lichen exsudativus ruber Hebra). Rosner i Biesiadecki. Rocznik Tow. nauk. Kraków.

15. Przyczynek do anatomii fizyjologicznéj i patologicznéj naczyń chłonicowych skóry. Rocznik Tow. nauk. krak. Przegląd Lek. 1871. 19, 19, 20, 21 i 22.

16. Anatomja patologiczna gruczołów skóry. Pamiętnik Akad. krak. t. I. Do tej pracy należą rozprawy:

Nagromadzenie wydzielin w przewodach gruczołów łojowych. Przegląd Lek. 21, 22, 26, 27, 30. 1872.

Zmiany jakościowe wydzieliny gruczołów łojowych. Przegląd Lek. 1872. 37, 38, 41, 42.

Choroby wspólne torebek włosowych i gruczołów łojowych tudzież ich otoczenia. Przegląd Lek. 1872. 16, 47, 49.

Patologija ogólna, zapalenie skóry. Przegląd Lek. 1873. 40, 43, 44, 45, 46.

17. Sprawozdanie o przebiegu dżumy w gubernji astrachańskiej w zimie 1876/9. Przegl. Lek. 1879. 19, 20.

Prócz tych prac ogłoszone były następujące rozprawy, które w zakładzie anatomii drobnowidowej przez dra Biesiadeckiego prowadzonym, pod jego nadzorem wykonane zostały:

1. Ueber die Entwicklung der Epithelien bei chronischen Hautkrankheiten und dem Epithelialcarcinom. Dr. F. Pagenstecher. (Heidelberg). Sitzgsb. d. Akad. in Wien. 1868.

2. Zur Anatomie der indurativen Pneumonie. Dr. Woronichin z Petersburga. Sitzgsb. Akad. Wien. 1868.

3. Ueber Keloid. Dr. J. Collins Warren z Bostonu. Sitzgsb. d. Akad. Wien. 1868.
4. Zur Anatomie der variola haemorrhagica. Dr. Erisman ze Szwajcarji. Sitzgsbr. d. Akad. Wien. 1868.
5. Ueber Blasenbildung bei einigen Hautkrankheiten Dr. Haight z Nowego Jorku. Sitzgsbr. d. Akad. Wien. 1868.
6. Zur Anatomie der oedematösen Haut. Dr. Joung. Nowy York. Sitzgsbr. d. Akad Wien. 1868.
7. Zur Anatomie des Lupus erythematosus. Dr. W. H. Geddings. Nowy York. Sitzgsbr. d. Akad. Wien. 1868.
8. Ueber Lichen scrophulosorum Hebrae. Dr. Kohn z Wiednia. Sitzgsbr. d. Akad. 1868.
9. Zur Anatomie von Prurigo. H. Derby z Boston. Sitzgsbr. d. Akad. Wien. 1869.
10. Ueber Ohrpolypen. Dr. Kessel z Giessen. Archiv für Ohrenheilkunde IV. tom.
11. Drei Fälle von Enteritis syphilitica. Dr. Oser z Wiednia. Archiv f. Dermatologie 1871.
12. Anatomija patol. świerzbiączki (prurigo). Dr. Zarewicz. Kraków. Przegląd Lek. 1869.

Nareszcie: Untersuchungen aus dem path. anat. Institute in Krakau, w których umieszczone są prace tak Biesiadeckiego jak i jego asystentów i uczniów. Z asystentów zajmuje obecnie posadę profesora medycyny sądowéj i prosektora Dr. L. Feigel we Lwowie, a posadę profesora anat. patolog Dr. Browicz w Krakowie.

Nareszcie wspomnieć mi należy o działalności Biesiadeckiego w Towarzystwie lekarzy galicyjskich. Wiecie szanowni koledzy, jak byliśmy mali i biedni, kiedy on objął przewodnictwo. Ze sprawozdania skarbnika dowiecie się, jak wyglądają nasze fundusze obecnie i ile razy majątek Towarzystwa pomnożonym został. To wszystko jest dziełem Biesiadeckiego. Umiał on urządzić bale, umiał namawiać ludzi, co nie wiedzieli, jak umieścić pieniądze nazbierane wśród skrzętnego żywota, aby robili fundacyje dla Towarzystwa, umiał swojemi wpływami i stosunkami robić dla tegoż Towarzystwa interesa tak świetne finansowe, że nikt innyby takowych przeprowadzić nie zdołał. Fundusz wdów i sierót był jego ulubionem marzeniem i żadna praca, żadne usiłowanie nie było mu za ciężkie, jeśli tylko miało na celu powiększenie tego funduszu. Ostatnią pracą jego życia już gasnącego był projekt zmiany statutu, który panom w roku przyszłym przedłożymy. Znam te sprawy, bo i tu pracowaliśmy razem i ile mogłem pomagałem jego planom i pomysłom. Jest tu tak wiele ciekawych szczegółów, że doprawdy wartoby je spisać, aby uwydatnić charakter człowieka, co od raz powziętej myśli nie odstępował nigdy i usuwać umiał wszelkie przeszkody. Sama fundacyja morszyńska dałaby materyjał do ciekawej powieści. Zanadto atoli przekroczyłbym ramy dzisiejszego przemówienia i dlatego zdążam ku końcowi.

Utraciliśmy prezesa, którego — otwarcie tu mówię — nikt zastąpić nie potrafi. Celem naszym dziś będzie utrzymać to, co zrobił Biesiadecki, a wzrost naszego majątku będzie powolnym. Ten atoli pomnik, który wdowom i sierotom po lekarzach zostawił, świadczyć będzie po wieczne czasy o tym szlachetnym duchu, którego myślą przewodnią było ulżyć nędzy żonom i dzieciom naszych kolegów i podać im rękę pomocną, aby nie zmarniały w tem społeczeństwie, co od ich ojców wszystkiego za życia żądało. niczego im po śmierci nie pamiętając. A. Biesiadecki zasłużył na to, żeśmy stworzyli fundacyję jego imienia i żeśmy mu oddali ostatnią przysługę, grzebiąc jego popioły.

Z dumą tu podnoszę, że stałem z nim lata całe w jednym szeregu, pod jednym idąc sztandarem; ale ta luka, którą śmierć nieubłagana w tym szeregu zrobiła, nie da się prędko zastąpić. Kto wie, czy nie pociągnie za sobą dalszych wyłomów, bo któż przewidzi, czy ten, co ją zastąpić ma, stanie na wysokości zadania, czy ludzie, co tam jeszcze zostali, nie będą mu obcymi i nie zapragną poszukać dla siebie także spokoju i wypoczynku. Więc, szanowni koledzy, nie dopuśćcie, aby strata, którąśmy ponieśli, stała się niepowetowaną i połączmy się silnie, aby nasze instytucje nie ucierpiały. A teraz pozwólcie mi przesłać jedno jeszcze ostatnie pożegnanie temu, co nas opuścił, niechaj będzie cześć jego pamięci, a pokój jego popiołom!

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Hartgen (Dorpat): **Przyczynek do leczenia ospy.**

Mając sobie oddany szpital umyślnie dla dotkniętych ospą, doświadczał H. na swoich chorych różnych sposobów leczenia. W łagodniejszych postaciach ospy oddawała mu maść szara znakomite usługi, zgadza się též co do jej dobroci zupełnie z Weidenbaumem. W cięższych przypadkach stosował kąpiele ciepłe (28—26° R.) raz lub dwa razy dziennie. Działały one nie tylko tak, jak to tłumaczył Hebra, ale działały także przeciwgorączkowo, stąd korzyść podwójna. Ciepłota ciała spadała z 40·5 lub 41° na 38—38·5° R. po $^1/_4$ godzinnej kąpieli. Dodatkowe jeszcze leczenie objawowe sprawiło, że śmiertelność była bardzo mała; po części trzeba to przypisać i t. z. *genius epidemicus*, gdyż cała epidemia z r. 1888 miała charakter łagodny. (*St. Petersburger med. Zeitung* 1889, Nr. 3). *Dr. Kraus.*

Sprawa wodociągowa krakowska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

W rozdziale trzecim omawia referent korzyści z zaprowadzenia wodociągów i dzieli je na sanitarne i ekonomiczne. Ażeby pierwsze zrozumieć, trzeba mieć na uwadze, że choroby pod względem swéj przyczyny są dwojakie: jedne zawdzięczają swój początek wpływom ogólnym, przypadkowym, do pewnego stopnia w samych warunkach życia ludzkiego tkwiącym, inne chorobom swoistym, każdéj chorobie poszczególnéj osobno właściwym.

Choroby zawdzięczające swe powstanie pewnym, szczegółowym, organicznym i uorganizowanym czynnikom zowiemy chorobami zakaźnemi.

Chorobliwość i śmiertelność w każdem miejscu możemy podzielić na chorobliwość i śmiertelność z chorób nieinfekcyjnych czyli powstających ze zwykłych wpływów szkodliwych i na chorobliwość i śmiertelność z chorób infekcyjnych.

Według doświadczenia, popartego datami statystycznemi, wpływ nasz na powstawanie chorób nieinfekcyjnych nie jest znaczny, bo główny tutaj czynnik t. j. zachowanie odpowiedniego sposobu życia albo jest niemożliwy dla danéj osoby albo nie zgadza się z jéj wolą. Zupełnie inaczéj ma się rzecz z chorobami infekcyjnemi. Tutaj mądre ustawy i praktyczne urządzenia, jedne i drugie oparte na nauce i doświadczeniu, mogą wydać i wydają też rzeczywiście bardzo zbawienne owoce.

Porównywając ze sobą wykazy śmiertelności i chorobliwości widzimy bardzo wielkie różnice między poszczególnemi miastami, a przypatrując się im bliżéj dostrzegamy, że śmiertelność z chorób nieinfekcyjnych nie okazuje bardzo wielkich różnic, gdy przeciwnie śmiertelność z chorób infekcyjnych jest bardzo różną w różnych miastach. Tak n. p. umarło z 1000 ludności na choroby zakaźne w latach 1868 do 1883 w Wrocławiu 21.2, w Berlinie 36·5, w Dreźnie 26·7, w Krakowie 80·8 z cholerą, 63·1 bez cholery i t. d. Wpływając przeto skutecznie na powstawanie chorób zakaźnych zmniejszamy znacznie ogólną śmiertelność a tem samem przedłużamy średnie trwanie życia ludzkiego.

W obec tego, że tak istota jak i sposoby, szerzenia się różnych chorób zakaźnych są różne, trzeba też innych używać środków na ich poskromienie. Dlatego każda gmina dobrze administrowana powinna posiadać rozmaite urządzenia sanitarne przeciw różnym chorobom infekcyjnym.

Uczą jednak nauka i doświadczenie, że jednym z pierwszych warunków ochrony od chorób zakaźnych jest czystość jak największa, czystość w znaczeniu higienicznem, która polega na zapobieganiu mnożenia się i dostawania do organizmu zarodków chorób infekcyjnych.

Otóż na wielki rozmiar rozchodzi się o zachowanie takiéj czystości w mieście. Środkiem mimowiednie od samego początku ludzkości do tego używanym jest woda i to woda czysta, która nie tylko nie ma i nie może mieć w sobie żadnych zarodków chorobotwórczych, ale która zarazem nie sprzyja ich rozwijaniu się.

Ztąd widać, że woda w znaczeniu higienicznem czysta wpływa na choroby zakaźne, na te, które szerzą się za pomocą złéj wody, jak tyfus brzuszny i cholera, bezpośrednio, na inne

pośrednio przez możność utrzymania prawdziwéj czystości. Dlatego też wpływ wodociągów na zdrowie publiczne w miastach jest bez porównania większy, niż to odpowiada zmniejszeniu liczby przypadków tyfusu brzusznego i cholery, z których ostatnia zresztą tylko od czasu do czasu miasta europejskie nawiedza.

Tak n. p. w Wiedniu wynosiła śmiertelność przed zaprowadzeniem wodociągów 35·2, po ich zaprowadzeniu 25·3, tak iż jeden z profesorów wydziału lekarskiego oświadcza wyraźnie, iż jest w prawdziwym nieraz kłopocie, gdy chce swym uczniom pokazać przypadek tyfusu brzusznego, o który w Krakowie prawie nigdy nie trudno.

Z tego, że woda dla gminy sprowadzona ma spełniać ważne swe zadanie zapobiegania chorobom zakaźnym wypada, że nie tylko ma być zupełnie czystą w znaczeniu lekarskiem, ale nadto ma być zawsze w dostatecznéj ilości. Ztąd wniosek prosty, ważny i o całéj sprawie rozstrzygający: przy dostarczaniu wody w celach sanitarnych nie rozchodzi się bynajmniéj tylko o wodę czystą do picia, ale o wodę czystą do utrzymania w czystości wszystkiego, z czem się człowiek pośrednio lub bezpośrednio styka. Wodociąg więc dostarczający wody tylko do picia spełnia jedynie w małéj części swe zadanie sanitarne.

Najważniejsze przeto zadanie wodociągów jest sanitarne, a polega ono przeważnie lubo nie wyłącznie na zmniejszeniu chorobliwości i śmiertelności z chorób zakaźnych. Dowodzą tego wybitnie daty statystyczne. Tak n. p. wynosiła śmiertelność roczna Krakowa z lat 1868 do 1883 36·5 na 1000, w r. 1884 34·9, 1885 36·9, 1886 30·0, 1887 32·8, gdy 1888 odpowiednie cyfry wynoszą dla Gdańska 28·56, dla Drezna 25·1, Frankfurtu nad Menem 19·8, Lipska 23·0 Monachium, okrzyczanego gniazda tyfusowego, 30·9, dla Londynu 18·5, czyli innemi słowy życie średnie człowieka trwa w Krakowie 28, w Dreźnie prawie 40, we Frankfurcie nad Menem przeszło 50 lat, w Londynie 54 lat. Bardzo wybitny przykład wpływu wody na choroby infekcyjne przytacza Monot z epidemii r. 1885. W miasteczku Guilvinec zachorowało 125 osób na cholerę, a umarło 71. W sąsiedniem, tylko przez strumień oddzielonem miejscu Lechiagat, zachorowały 2 osoby i obydwie wyzdrowiały. Mieszkańcy Guilvinec piją wodę ze studzien, Léchiagat zaś wyłącznie ze źródła o 2 kilometry odległego. Niektóre domy w Guilvinec mają cysterny a w tych domach nie było ani jednego przypadku cholery.

W Gdańsku była śmiertelność przed zaprowadzeniem wodociągów i kanalizacyi 36·39 rocznie na 1000, przyczem śmiertelność z tyfusu brzusznego wynosiła na 10.000 ludności 9·9, obecnie odpowiednie cyfry średnie z lat kilkunastu wynoszą 28·56 i 2·9, doszedłszy w r. 1883 nawet do 27·02 i 1·0.

Niema przeto dziś najmniejszéj wątpliwości, że zaopatrzenie miast w dobrą i obfitą wodę jest najdzielniejszym środkiem zmniejszenia chorobliwości i śmiertelności z chorób zakaźnych w szczególności, a z niezakaźnych w ogólności, a tem samem **środkiem do przedłużenia średniego trwania życia ludzkiego.**

W rozdziale 4-tym znajduje się oznaczenie potrzebnéj dla Krakowa ilości wody.

Z wykazów miast mających wodociągi dowiadujemy się, że średnia konsumcyja dzienna na głowę wynosi w litrach w Washingtonie 700, w Nowym Yorku 297, w Paryżu 215, w Marsylii 450, w Karlsruhe 112, w Wiesbadenie 65, w Poznaniu 40·4, w Berlinie 62·8, w Londynie 135, Magdeburgu 170, Düsseldorfie 13·7. Jeżeli uwzględnimy tylko miasta niemieckie, austryjackie i szwajcarskie, to konsumcyja dzienna wynosi na głowę od 26 do 337 litrów czyli waha się w stosunku 1 i 13·4.

Ażeby wybrnąć z chaosu, jaki przedstawiają liczby tak różne, trzeba naprzód nieco zastanowić się nad przyczynami tak wielkiéj między poszczególnemi miastami różnicy. Przedewszystkiem musimy w powyższym wykazie pominąć miasta amerykańskie, gdyż nadzwyczaj wielka w nich konsumcyja wody polega na wielkiéj zamożności, prowadzeniu wód przeważnie nie ze źródeł, ale rzek lub jezior i przyzwyczajeniu się ludności, mało bardzo obciążonéj wydatkami na wojsko i długi publiczne, do wielkiego zbytku na każdem polu. Ale i między miastami europejskiemi znajdujemy bardzo wielką różnicę, która ma swe źródła w zamożności mieszkańców, obecności wielkich zakładów przemysłowych, urządzeniach miejskich i systemie dostarczania wody.

Im zamożniejsi są mieszkańcy, tem więcéj dbają o wygodę i przyjemności życia, a ponieważ do nich potrzeba przedewszystkiem czystości w domach, na ulicach i placach publicznych, bezwonnych *cabinets d'aisance*, kąpieli i t. d., ztąd konsumcyja wody rośnie w sposób nadzwyczajny. Do kąpieli wannowéj potrzeba koło 350 litrów wody; w Krakowie n. p. są bardzo porządne łazienki, ale jakaż słaba w nich frekwencyja! do wyjątków zaś należą wielkich domy prywatne z łazienką. Za granicą w miastach zamożnych jest wprost przeciwnie. (C. d. n.)

Nowa ustawa wojskowa. (Dok. Patrz Nr. 17).

Ustęp 13. Jeżeli jednoroczny ochotnik medyk życzy sobie odbyć półroczną służbę czynną jako lekarz przy marynarce wojennéj, to ma o tem donieść przy przedkładaniu dyplomu. W razie przyzwolenia zostaje tenże po odbyciu półrocznéj służby w armii czynnéj przydzielony do szpitala w Poli w celu pełnienia służby jako zastępca lekarza-asystenta.

Ustęp 16. Jednoroczni ochotnicy armii, którzy starają się o odbycie jednorocznéj służby jako medycy, mają podanie zaopatrzone paszportem wojskowym i dowodem naukowego uzdolnienia wnieść najpóźniéj 2 miesiące przed rozpoczęciem służby wojskowéj do swojéj władzy przełożonéj, która takowe ma przedłożyć do rozstrzygnięcia przełożonéj wojskowéj komendzie terytoryjalnéj, względnie komendzie obrony krajowéj.

Ustęp 18. Tym medykom, którzy podczas wojny (stosunku mobilizacyi) asenterowani zostali na zwykły czas służby jako ochotnicy lub w drodze poboru, może być przyznaną po ukończeniu wojny korzyść jednorocznéj służby czynnéj w ich charakterze, jeżeli do tego mieli uprawnienie podczas poboru wojskowego.

Podanie należy w celu dalszego rozporządzenia od władzy przełożonéj przedstawić wojskowéj komendzie terytoryjalnéj, względnie komendzie obrony krajowéj.

Odbyta przed przyznaniem uproszonych względów czynna służba wojskowa wliczoną zostanie medykom do półrocznéj służby w armii czynnéj.

Ustęp 19. W razie mobilizacyi przyłączeni zostaną jednoroczni ochotnicy medycy, farmaceuci i weterynarze, którzy dyplomu jeszcze nie osiągnęli, do pełnienia służby wojskowéj w armii czynnéj według ich przydzielenia. Z tych jednorocznych ochotników można tych, którzy na zasadzie uzyskanego aż do tego czasu uzdolnienia mogą być przydzieleni do służby sanitarnéj, względnie aptekarskiéj lub weterynarskiéj, użyć do téj służby.

Tym jednorocznym ochotnikom medykom i weterynarzom, którzy nauki już ukończyli, dyplomu jednak jeszcze nie otrzymali, dozwolonem jest, wnieść odnośne dowody do swojéj władzy przełożonéj, która aktowi dołączy odpis z księgi głównéj, a następnie przedłoży go ministerstwu wojny (obrony krajowéj).

Rozporządzenie o przeprowadzeniu z d. 18-go kwietnia 1889 ustanawia odnośnie do medyków:

Ustęp 6. U tych jednorocznych ochotników medyków, którym w skutek ich prośby wyjątkowo pozwolono rozpocząć półroczną służbę w armii czynnéj w kwietniu 1889 r., znajdują zastosowanie rozporządzenia nowéj ustawy wojskowéj.

Ustęp 7. Ci jednoroczni ochotnicy medycy, którzy aż do czasu ogłoszenia nowéj ustawy wojskowéj już otrzymali dyplom doktora albo go jeszcze do 1 października 1889 r. otrzymają, mogą całą jednoroczną służbę odbyć jako zastępcy lekarza asystenta; muszą jednak w takim przypadku rozpocząć służbę 1-go października 1889. Mają oni być przydzieleni podczas ostatnich trzech miesięcy roku służbowego do piechoty lub do strzelców (obrony krajowéj). Ci jednak, którzy korzystają z przyznanego im już odroczenia i dlatego nie rozpoczną służby czynnéj 1-go października 1889, nie mają pretensyi do wspomnianych wyżéj względów.

Ustęp 8. Znajdujący się już w rezerwie (w nieczynnéj obronie krajowej) jako też mający jeszcze w przeciągu roku wstąpić do rezerwy (nieczynnéj obrony krajowéj) elewowie wojskowo-lekarscy zamianowanymi zostaną po otrzymaniu stopnia doktora, stosownie do ich użycia podczas czynnéj służby, lekarzami-asystentami albo zastępcami lekarza-asystenta. Elewowie lekarsko-wojskowi w rezerwie (nieczynnéj obronie krajowéj), którzy porzucają studyja zawodowe, albo którzy po ukończeniu studyjów uniwersyteckich w przeciągu trzech lat nie otrzymają dyplomu doktora, zostaną przeniesieni do oddziałów sanitarnych. Elewo-

wie lekarsko-wojskowi w rezerwie (nieczynnéj obronie krajowéj) mają udowadniać w obec władzy przełożonéj dalszego prowadzenia, względnie ukończenia swoich studyów corocznie aż do 1-go września świadectwami uczęszczania lub innemi ważnemi dokumentami.

Rozporządzenie Ministra oświaty z dnia 12-go kwietnia 1889 „odnoszące się do korzyści, które mają być przyznane kształcącym się w wyższych zakładach naukowych, którzy odbywają czynną służbę jako jednoroczni ochotnicy". Aby uczniom, którzy przed ukończeniem swoich studyjów odbywają czynną służbę, tyle użyczyć ułatwień, ile zgadza się z ogólnemi zasadami porządku studyjów i z możnością umiejętnego wykształcenia, Minister oświaty rozporządza co następuje:

§ 1. Rozporządzenie objęte § 6 lit. *c)*, ogólnego porządku studyjów dla uniwersytetów z 1-go kwietnia 1850 r. (d. p. p. Nr. 370), według którego uskuteczniona immatrykulacyja w wydziale tak długo zatrzymuje moc swoją, dopóki kształcący się nie przerwie studyjów przez czas dłuższy niż jedno półrocze, odnośnie do jednorocznych ochotników, którzy pełnią podczas studyjów swoją służbę wojskową, o tyle zmienia się, że immatrykulacyja przez cały pierwszy rok służby zatrzymuje moc swoją.

Wspomnianym immatrykulowanym, ale nie wpisanym, słuchaczom służą w przeciągu tego czasu — bez szkody dla ich stosunku wojskowego, wszystkie prawa i obowiązki obywateli akademickich (§ 3 ogólnego porządku studyjów), o ile takowe przez inskrypcyję nie są zastrzeżone dla pojedynczych przedmiotów. W przepisany czas nauk jednak rok ten nie wlicza się.

§ 2. Aby także tym uczniom, którzy czynną służbę jako jednoroczni ochotnicy odbywają bezpośrednio po złożonym z dobrym wynikiem egzaminie dojrzałości w równéj mierze jak słuchaczom wspomnianym w § 1 służyły podczas czynnéj służby prawa i obowiązki obywateli akademickich, zezwala się im immatrykulować się w uniwersytecie bez równoczesnego zapisania się na pojedyncze przedmioty.

Tego rodzaju immatrykulacyja zatrzymuje moc swoją podczas trwania pierwszego roku czynnéj służby.

§ 4. Słuchaczom medycyny, którzy podczas swych studyjów rozpoczynają półroczną służbę czynną w linii dnia 1-go kwietnia, należy udzielić potwierdzenia frekwentacyi za półrocze zimowe w każdym razie już w ostatnich ośmiu dniach miesiąca marca, chociażby przepisany termin do otrzymania potwierdzenia frekwentacyi dla reszty słuchaczy rozpoczął się dopiero w późniejszym terminie.

§ 16. Słuchaczów medycyny, którzy odbyli przepisaną w § 27 ustawy z d. 11-go kwietnia 1889 półroczną służbę czynną w armii można już podczas dziesiątego półrocza swoich studyjów przypuszczać do składania drugiego ścisłego egzaminu, jeżeli pierwszy ścisły egzamin z dobrym wynikiem złożyli i jeżeli udowodnią, że przez cztery półrocza uczęszczali na klinikę lekarską i w niéj praktykowali.

Odezwa w sprawie Zdrojowisk krajowych.

Jednem z ważnych źródeł zamożności i pomyślności kraju są niezaprzeczenie zdrojowiska lekarskie, pospolicie wodami mineralnemi nazywane. Z najdzikszéj okolicy, z zapadłéj gdzieś miejscowości, z lichego pustkowia powstają zamożne osady i bogate ożywione okolice, jeżeli w nich tryszczą lecznicze zdroje. Nie darmo mawiali starożytni: *Aquae condunt urbes!*

Prawda w jędrnych tych słowach zawarta uwidoczniła się w niezwykły sposób w Czechach, na Węgrzech, w Niemczech i we Francyi. Powstały tam znakomicie urządzone zakłady zdrojowo-lecznicze, które ściągnęły do siebie tysiące postronnych gości i roztoczyły przez to na rozległe krainy dobrodziejstwa cywilizacyi i bogactwa narodowego — niosąc jednocześnie chorym skuteczną pomoc i prawdziwą pociechę w cierpieniu.

Mało jest krajów, któreby mogły poszczycić się tylu różnorodnemi zdrojami lekarskiemi, jak ziemie dawnéj Polski. Posiadamy przeszło 200 miejscowości z trzystu kilkudziesięciu źródłami uzdrawiającemi. W Galicyi i krajach sąsiednich mamy najpotrzebniejsze i najskuteczniejsze z wód mineralnych. Brak nam tylko szczaw słono-alkaliczno-siarkowcowych (glauberskich) w rodzaju Marienbadu i Karlsbadu, tudzież „cieplic obojętnych" o wyższéj ciepłocie, co przy obecnym stanie balneoterapii nie jest właściwym brakiem, albowiem za pomocą odpowiednich zabiegów balneoterapeutycznych możemy i owe wody i owe cieplice w zupełności swojskiemi wodami leczniczemi zastąpić.

Posiadamy natomiast zdroje, dostarczające wód lekarskich wszelkich działów, które nietylko są jednoznaczne z najsławniejszemi wodami zagranicznemi, ale je nawet pod wieloma względami przewyższają. Szczawom alkalicznym i alkaliczno-słonym w Gleichenbergu, Giesshübl, Ems, Salzbrunn i Selters w zupełności odpowiada nasza Szczawnica i Krościenko. Szczawy żeleziste: Francensbadu, Elstery, Cudowy, Schwalbachu i Pyrmontu przewyższa nasza Krynica i Żegiestów. Zdroje słone w Wiesbadenie, Baden-Baden, Homburgu, Rheme, Nauheim i Kissingen wybornie zastępuje nasz Truskawiec, Druskieniki i Birsztany; wody słone jodowo-bromowe Hallu, Kreuznachu, Krankenheilu nasz Iwonicz, Rymanów i Druskieniki. Nasze solanki: Rabka, Truskawiec, Ciechocinek i Inowracław tudzież siarnice solankowe Busk i Solec przewyższają wszelkie inne tego rodzaju wody zagraniczne. Wody siarczane Akwizgranu, Trenczyna, Pisczan, Badenu pod Wiedniem, Schinznachu, Nenndorfu i pirenejskie wybornie zastępuje nam Busk, Solec, Lubień, Swoszowice, Krzeszowice, Pustomyty i inne. Nawet wody gorzkie czyszczące Püllnau, Friedrichshall, Saidschütz, Sedlitz i całą gromadę wód budzińskich (*Ofner Bitterwässer)*, wybornie zastępuje, a nawet przewyższa nasza woda morszyńska.

Nie zbywa nam też na miejscowościach klimatycznych, w których można odbywać leczenie mlekiem, żętycą, kumysem, kefirem, że wspomnimy tylko o Zakopanem, Szczawnicy, Nałęczowie, Sławucie oraz o zakładach wodoleczniczych w Zakopanem, Szczawnicy, Krynicy, Jaworzu, Nałęczowie, Nowem mieście nad Pilicą, Sławucie i t. d.

I my więc mamy wyborne źródła i nam dostały się w udziale wody uzdrawiające, mamy więc obowiązek ich utrzymania, jako skutecznych środków leczniczych i ważnych czynników narodowego bogactwa. Niestety owe rodzime skarby nie zostały dotychczas należycie ocenione, ani zużytkowane dla pomocy cierpiących, a dla dobra, pożytku i chluby całego kraju.

Ważniejsze nasze zakłady zdrojowo-kąpielowe dziś już tak się rozwinęły, że dorównywają pod wieloma względami najlepszym zakładom zagranicznym i stały się dla kraju prawdziwą chlubą i błogim nabytkiem. Wszystkie swojskie zakłady, nawet początkujące, zorganizowały się na podstawach nauki i doświadczenia lekarskiego. A jeżeli nie wszystkie stanęły na wysokości swego zadania, jeżeli nie wszystkie odpowiadają wybrednym wymaganiom, to winien temu brak poparcia i należytéj opieki. Skierujmy liczne rzesze, szukające za granicą nie zdrowia, lecz pustéj zabawy, do krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych, zaszczepmy w ogóle publiczności zamiłowanie swojskiéj przyrody, skierujmy kapitały prywatne do naszych zdrojowisk i uzdrowisk, a przekonamy się, jak szybko one wzrastać będą i z zagranicznemi rywalizować zaczną.

Nie żebrzemy zatem jałmużny dla swojskich zakładów zdrojowych i leczniczych, lecz serdecznie wzywamy do spełniania obywatelskiego obowiązku w popieraniu skarbów własnéj ziemi i rodzinnéj pracy.

„Czyż", jak powiedział słusznie nieodżałowanéj pamięci prof. Dietl, „potrzeba jeszcze większéj biedy i nędzy w kraju, ażeby poznać i pokochać jego drogocenne, uzdrawiające wody?"

Jeżeli lekarz ma wzniosłe posłannictwo przy łożu chorego, w sali szpitalnéj, w rodzinie nawiedzonéj nieszczęściem, to rola publicznéj medycyny w życiu narodu, w filantropijnéj i ekonomicznéj organizacyi społeczeństwa, wkłada na niego jeszcze wznioślejsze obowiązki publiczne, które przy dobrem pojęciu i wykonaniu czynią z lekarza stróża publicznego dobra, apostoła postępu i cywilizacyi.

Do Was się zatem w imieniu Towarzystwa lek. krakowskiego udajemy zacni i szanowni Koledzy z prośbą, abyście zwrócili uwagę na swojskie zdroje mineralne, zaopiekowali się serdecznie krajowemi zakładami zdrojowo-kąpielowemi, obznajmiali publiczność z zaletami naszych wód leczniczych, zachęcali chorych, aby się do nich udawali po zdrowie.

Wasze, zacni Koledzy, powołanie nie tylko uzdrawiać cho-

rych, ale i nauczać nieświadomych lub lekkomyślnych. W rękach Waszych spoczywa dobro chorych, ale także i pomyślność kraju.

Kraków, dnia 26 kwietnia 1889.

Dr. *St. Paszkowski*, prezes Tow. lek. krak.

Prof. Dr. *Edward Korczyński*, przewodniczący komisyi przemysł. Tow. lek. krak.

Dr. *Władysław Ściborowski*, Referent Komisyi balneologicznej.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, 2 maja 1889 r. Na wczorajszem posiedzeniu przewodniczący imieniem Komitetu Tow. Lek. z okazyi nieprzyjęcia posady protomedyka przez prof. Korczyńskiego, po przedstawieniu zasług dotychczasowych dla Towarzystwa położonych, oświadcza, że powodów jest dosyć, aby wyrazić najżywsze uznanie prof. Korczyńskiemu za zasługi już położone, a po chwilowéj niepewności, radość, że Towarzystwo i nadal szczycić się będzie mogło swym najpracowitszym członkiem i wnosi imieniem komitetu, aby Towarzystwo uznanie to uchwałą potwierdziło, co jednogłośnie wszyscy obecni przez aklamacyję przyjęli. Następnie kol. Krokiewicz mówił o promienicy. W dyskusyi przemawiał kol. Łazarski. W końcu okazał kol. Browicz płód poroniony w 5-tym miesiącu ciąży, okazujący zrosty owodnéj z powierzchnią ciała, a mianowicie z skórą czaszki i grzbietu, skutkiem których przyszło do zniekształtnienia płodu.

* Z dzienników politycznych dowiadujemy się, (Rada zdrowia krajowa posiedzeń swych nie ogłasza), że Rada ta niedawno zajmowała się sprawą zaprowadzenia porządku wśród izrael. szkół wyznaniowych, t. zw. chajderów. Chajdery są plagą polskich dzielnic, nie znają ich inne kraje, w których także sporo mieszka żydów. Otóż Rada zdrowia na żądanie Namiestnictwa przedłożyła opiniję, która się streszcza w 8 następujących punktach: 1) Władze polityczne 1-széj instancyi udzielać będą koncesyję na chajdery tylko w tym razie, jeżeli lekarz urzędowy wyda orzeczenie pisemne, że lokal odpowiada wymaganym szczegółowym warunkom higijenicznym, a między innemi, iż budynek odpowiednio jest położony, że rozmiary izby szkolnéj odpowiadają potrzebie, że ta izba nie służy zarazem na mieszkanie itp. 2) Wszystkie chajdery w całym kraju mają uledz komisyjnemu zbadaniu; nieodpowiadające higijenicznym warunkom mają być natychmiast zamknięte, a dostrzeżone wadliwości w innych, lepszych, usunięte do trzech miesięcy. 3) Wykaz chajderów winien być jak najdokładniéj prowadzonym, a odpis tego wykazu ma być udzielony lekarzowi powiatowemu. 4) Lekarz powiatowy ma przynajmniéj dwa razy do roku zwiedzić wszystkie chajdery i zdać o tem sprawę. 5) Zwierzchność gminna i żandarmeryja mają czuwać nad chajderami i donosić o pokątnych chajderach. 6) Władza nadająca koncesyję ma wyraźnie zastrzedz, że nauczyciel będzie karanym za nieczyste utrzymanie lokalu, po trzykrotnem ukaraniu utraci koncesyję i że zmiana lokalu tylko za zezwoleniem władzy nastąpić może. 7) Dla ułatwienia kontroli na zewnątrz domu ma być umieszczona tablica z napisem polskim. 8) Wszelkie przekroczenia mają być surowo karane, a kary wykonywane szybko po prawomocności orzeczenia.

Czasopisma polityczne obiecują sobie wiele po wprowadzeniu w życie wskazówek przez Radę sanitarną powyżéj podanych. My zapatrujemy się inaczéj na ważną tę sprawę. Według naszego przekonania, opartego na gruntownéj znajomości kwestyi i na doświadczeniu, i te wskazówki pozostaną bez skutku, choćby nawet były wykonywane należycie, o czem także wątpimy. Mamy w téj mierze precedens nietylko w bezskuteczności wszystkich środków od lat wielu przeciw chajderom skierowanych, ale nadto i w fakcie, że władze krajowe i miejscowe nie są w stanie przeprowadzić u żydów galicyjskich przepisów, odnoszących się do chowania zmarłych. Na co przydadzą się wszelkie wskazówki Rady sanitarnéj, wizyty, świadectwa lekarzy urzędowych itd., skoro wszystko pozostanie po dawnemu. A pozostanie tak niewątpliwie dopóty, dopóki rząd nie zdecyduje się rozporządzić krótko a węzłowato: „Chajdery bezwarunkowo istnieć przestają“ i jeżeli organa wykonawcze nad wykonaniem takiego rozporządzenia nie zechcą czuwać z gorliwością, któréj w innych sprawach tak znakomite dają dowody. Są jednak rzeczy, do których wypada stosować słowa poety: *guarda e passa*.

* Doszedł nas 1-szy numer *Przewodnika Higijenicznego*, organu Tow. Opieki zdrowia, wydawanego pod redakcyją Dr. B. Lutostańskiego. Jak dzięki inicyjatywie kol. docenta Jordana powstało Towarzystwo bardzo pożyteczne dla społeczeństwa naszego, które, jak się spodziewamy i pragniemy, coraz bardziéj rozwijać się i wielkie korzyści przynosić będzie, tak szczęśliwą była myśl wydawania *Przewodnika*, który pod umiejętnem kierownictwem kol. Lutostańskiego zwiększy poczet poważny czasopism lekarskich polskich. Już treść numeru 1-szego jest rękojmią, że redakcyja pojmuje dobrze zadanie swoje; jak na początek, zapewne dla zachęcenia innych, wszystkie prawie artykuły są pióra niestrudzonego redaktora; nie wątpimy, że w ślad jego pójdą inni koledzy i nie odmówią poparcia swego pożytecznemu pismu. Jednę tylko uwagę czynimy. Jeden z działów pisma nosi napis: „Skrzynka na listy.“ Jestto napis trywijalny i niewłaściwy, tem bardziej, że w dziale tem mieszczą się bardzo cenne porady i wskazówki higijeniczne.

* Wydział Rady powiatowéj krakowskiéj wyasygnował za staraniem tutejszego c. k. lekarza powiatowego kwotę 50 złr. w. a. na zakupno krowianki celem szczepienia pewnéj części gmin powiatu krakowskiego. Nadto wiele gmin zażądało, aby szczepienie odbyło się w r. b. za pomocą krowianki, a nie jak dawniéj, za pomocą limfy zbieranéj u dzieci. Dbałość ta władzy autonomicznéj w sprawie sanitarnéj tak ważnéj jest uznania godną.

* **Lwów.** Na walnem zgromadzeniu Tow. lekar. galic. w miejsce ś. p. Biesiadeckiego wybrany został prezesem Towarzystwa prof. Dr. Adam Czyżewicz. Tym sposobem losy Towarzystwa powierzono dzielnemu i energicznemu koledze, który zmarłego poprzednika najgodniéj zastąpi.

(Dr. J. T.) **Rosyja.** W marcu na dziewiczem polu w Moskwie otwarto ginekologiczną klinikę imienia Morozowych. Klinika urządzona z przepychem i komfortem posiada: audytoryjum na 250 studentów, oddział terapeutyczny, chirurgiczny, dla wyzdrawiających i dla laparotomii. Łóżek 40, z których 35 będzie utrzymywał rząd, 5 zaś fundator T. Morozow pod opieką swej małżonki. Pan M. nietylko wybudował gmach i podarował go uniwersytetowi, lecz klinikę zaopatrzył w meble, bieliznę, naczynia i wszystkie utensylja. Tenże dobroczyńca chorych dwa lata temu na temże dziewiczem polu wybudował gmach dla kliniki psychjatrycznéj, a świeżo ofiarował 100.000 r. s. na korzyść umysłowo cierpiących, leczonych w Moskwie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Amsterdam.** Dr. v. Rees mianowany został nadzw. prof. histologii. — **Gryfija.** Docent Dr. Strübing mianowany nadzw. prof. patologii wewnętrznéj. — **Helsingfors.** Dr. Fogerlund habilitował się jako docent medycyny sądowéj.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami w armii czynnéj: Drowie Maurycy Menkes przy szpitalu garniz. w Krakowie, Wojciech Gramatyka przy szpitalu w Ołomuńcu, prow. lekarzem korwety Dr. Kazimierz Mieroszewski; przeniesieni zostali starsi lekarze Drowie: Emil Drobner do pułku 75, Michał Kos do pułku 16 i Józef Prusak do 11 pułku ułanów. Mianowani zostali w armii czynnéj lekarzami pułkowymi: 1-szej klasy lekarze pułkowi; 2-giéj klasy Drowie Karol Turek, Emanuel Ritter, Wilhelm Strzechowski, Dyjonizy Biliński, Teofil Hankiewicz; lekarzami pułkowymi 2-giéj kl. starsi lekarze: Drowie Stanisław Brożyński, Aleksander Majewski, Włodzimierz Sołtykiewicz, Józef Kowszewicz, Walery Łukasiewicz, Antoni Schwenk i Izydor Aschkenasy.

* **Odznaczenie.** Prof. Winternitz we Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

* **Nekrologija.** W Krakowie zmarł Dr. Józef Dąbrowski w 26 roku zycia, przed kilku tygodniami dopiero promowany.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 17: Matlakowskiego: Przytykający palec; Sokołowskiego: Przypadek złamania krtani z wyjściem pomyślnem; w *Zdrowiu* Nr. 43: Polaka: Przenośne mieszkania i kolonije letnie; Bujwida: Wynik bakt. badań wody warszawskiéj; Hamona: O użyciu rur ołowianych. — W *Medycynie* Nr. 17: Majkowskiego: Sprawozdanie z Buska (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Rok XXVIII. Kraków, 11 Maja 1889. Nr. 19.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk.**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Chirurgiczne leczenie ropnego wysięku opłucny.

Podał
Dr. H. Schramm,
operator szpitala św. Zofii we Lwowie.

Na jednem z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarzy w Berlinie omawiał Küster kwestyję leczenia ropienia w jamach o niepodatnych ścianach, a między innemi przeważnie ropne zapalenie opłucny. Dyskusyja tym zajmującym wykładem wywołana wykazała pewne różnice zdań tak co do wskazań jak i sposobu operacyjnego leczenia téj dość częstéj a ciężkiéj choroby i to ośmiela mnie do podania mych doświadczeń opartych na 19 przypadkach, które dla łatwiejszego przeglądu podaję w poniższem zestawieniu. (Patrz tablicę na 2-giéj stronie).

Z zestawienia tego wynika, że na 19 operowanych chorych zmarło 4. Z tych jednak u jednego dziecka Nr. 2 operacyja nie miała żadnego wpływu na niepomyślny koniec, gdyż dziecko operowane w szpitalu dostało zapalenia jelit i téj chorobie uległo; u drugiego Nr. 5 operacyja była wykonana tak późno, że nie mogła już zapobiedz wynikowi śmiertelnemu. Trzecia $1^1/_2$ roczna dziewczynka zmarła w skutek ponownego zapalenia płuc również w szpitalu. Tylko u czwartego chorego (Nr. 14) operacyja wykonana w warunkach bardzo niepomyślnych przyspieszyła śmierć chorego przez wywołanie krwotoku w gruźliczo zmienionych płucach. Obliczając procentowo otrzymamy na 19 chorych uleczonych 14 czyli 73·7%, nieuleczonych, z przetoką 1 czyli 5·3 zmarłych 4, czyli 21%, zatem wyniki, mimo wliczania różnych przypadków o wiele lepsze niż je otrzymał n. p. Fräntzel na 19 chorych 26·3% śmierci, Bardeleben na 18 przypadków 27·7% a Küster na 109 przypadków 29·3% śmiertelność.

Przechodząc do wniosków, do jakich doszedłem na podstawie wyżéj przytoczonych przypadków, muszę podnieść szczegół, na który tak Küster jak zwłaszcza Ewald kładzie nacisk, że wprawdzie posiadamy w fizycznem badaniu dosyć oznak do rozpoznania wysięku w jamie opłucny i odróżnienia téj sprawy chorobowéj od nacieku w płucach, zgrubień opłucny lub wreszcie od nowotworów jamę opłucny zajmujących, że dłuższa obserwacyja a mianowicie przebieg gorączki pozwalają rozpoznać, że płyn znajdujący się w jamie opłucny jest ropą; to jednak przyznać musimy, że ostatecznie rozstrzyga o tem jedynie odpowiednio i odpowiednem narzędziem wykonane próbne nakłócie klatki piersiowéj. Zapewne każdemu z lekarzy zdarzył się nieraz przypadek, w którym badanie fizyczne kazało rozpoznać wysięk w opłucny a punkcyja wykazała, że płynu w opłucny nie ma; czasem bezgorączkowy stan chorego kazałby wnosić o obecności tylko wydzieliny surowiczej, a tymczasem strzykawka wydobywa czystą ropę i na odwrót tam, gdzie przypuszczaliśmy w opłucnéj ropę, znajdujemy czystą surowicę. Nie dawno miałem sposobność obserwowania jednego z takich przypadków, w którym badanie choréj bez pomocy punkcyi kazało bezwarunkowo przypuszczać ropny wysięk w opłucny, i w którym tylko nakłócie próbne z zasady wykonane wstrzymało mnie od wykonania resekcyi żebra.

Kobieta 30 kilko-letnia dostała w dniu 21 lipca b. r. postrzał z odległości 2 kroków w piersi. Nabój śrótowy strzaskał drugie żebro w odległości 3 centim. od mostka, przebił opłucnę i nadwerężył płuca. Wezwany do téj choréj przez kol. Zadurowicza, zastałem ranę oczyszczoną, kilka śrótów dało się wyczuć pod pachą i pod skórą w ramieniu lewem. Badanie wykazało *haematopneumothorax*, przy każdym oddechu powietrze ze świstem wchodziło i wychodziło z jamy opłucny, duszność bardzo znaczna. Ranę wypełniono dość szczelnie gazą jodoformową. W 10 dni potem badanie choréj, któréj stan ogólny tymczasem znacznie się poprawił, wykazało w miejscu postrzału ranę wielkości talara o brzegach przeważnie czysto brodawkujących, od niéj prowadzi skośnie kanał po pod pachę, daléj pod skórą w ramieniu w $^1/_3$ górnéj, gdzie kończy się otworem zrobionym przez kol. Zadurowicza przed kilku dniami w celu wypuszczenia nagromadzonéj ropy. W głębi otworu w piersiach widać ciemno szarawe przy oddechaniu poruszające się płuco, przy zakaszlaniu wydobywa się z głębi obficie gęsta żółta nieco śluzowata i z powietrzem zmieszana ropa. Wypuk wykazuje zupełne stłumienie na

L.	Wiek, płeć	Strona chora	Trwanie choroby przed operacyją	Powód	Zabiegi operacyjne poprzednie	Operacyja	Trwanie leczenia po po operacyi i wynik	U W A G I
1	9 miesięcy chłopiec	lewa	dwa tygodnie	—	nakłucie i wypuszczenie 150 gr. ropy, bez polepszenia	resekcyja 8 żebra poniżéj kąta łopatki	14 dni wyleczony	Operowany w szpitalu św. Zofii
2	1 rok chłopiec	lewa	dwa tygodnie	zapalenie płuc	dwukrotna punkcya duszność i gorączka coraz większe	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łopatki	11 dni umarł	Od chwili resekcyi stan bezgorączkowy, lecz wystąpił nieżyt jelit, który był powodem śmierci. Operowany w szpitalu.
3	1½ roku dziewczyna	prawa	dwa tygodnie	zapalenie płuc	—	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łopatki	12 dni umarła	Po operacyi stan bezgorączkowy. Siódmego dnia ponowne zapalenie płuc. Operowane w szpitalu.
4	1½ roku chłopiec	lewa	trzy tygodnie	zapalenie płuc	—	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	42 dni wyleczony	Stan dziecka przed operacyją bardzo nędzny, bardzo powolne rozdzielanie się nacieku z płuca. Operowany prywatnie.
5	6 lat chłopiec	lewa	pięć tygodni	zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie 720 gr. ropy, bez polepszenia	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łopatki	2 dni umarł	Przed operacyją stan bardzo nędzny, ciągłe dreszcze i gorączka do 41° zakrzep w żyle udowéj zapad b. znaczny. Operowany w szpitalu.
6	6 lat chłopiec	lewa	trzy tygodnie	—	—	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łąpatki	60 dni wyleczony	Pod koniec leczenia przepłukiwania jamy opłucny. Operowany prywatnie.
7	2 lat chłopiec	lewa	kilka tygodni	—	—	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	25 dni wyleczony	Dziecko przed operacyją bardzo nędzne. Operowany prywatnie.
8	8 lat chłopiec	prawa	dziewięć tygodni	—	—	resekcyja 7 żebra	21 dni wyleczony	Stan ogólny przed operacyją bardzo nędzny. Sączek wypadł 7 dnia po operacyi, wprowadzenie go ponowne. Pod koniec przepłukiwanie jamy opłucny. Operowany prywatnie.
9	9 lat chłopiec	prawa	sześć tygodni	—	nakłócie i wypuszczenie 800 gr. bardzo cuchnącéj ropy bez polepszenia	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	30 dni wyleczony	Z powodu mocno cuchnącéj wydzieliny przepłukiwanie pleury przez kilka dni po operacyi. Operowany w szpitalu.
10	10 lat chłopiec	lewa	14 dni	zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie przeszło półtora litra ropy. Po dwóch dniach ponowne pogorszenie	resekcyja 8 żebra	20 dni wyleczony	Pod koniec leczenia przepłukiwanie. Operowany w szpitalu.
11	10 lat chłopiec	prawa	10 dni	zapalenie płuc	—	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	14 dni wyleczony	Przed operacyją gorączka 40° wysypka guziczkowa na całem ciele, ropień podskórny, senność. Operowany w szpitalu.
12	11 lat chłopiec	lewa	trzy tygodnie	upadł, haemothorax, zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie około litra rzadkiéj ropy w 3 dni znów pogorszenie	resekcyja 8 żebra	35 dni wyleczony	Pod koniec leczenia przepłukiwania opłucny dla wydalenia mocno zgęszczonéj ropy. Operowany prywatnie.
13	14 lat chłopiec	lewa	kilka tygodni	—	—	resekcyja 7 żebra	65 dni wyleczony	Przed operacyją stan b. nędzny. Operacyja bez chloroformu. Sączek wyjęto w 3 tygodnie po operacyi, nim jama była wypełniona, potem recydywa, przecięcie blizny i wprowadzenie sączka. Operowany prywatnie.
14	20 kilka lat mężczyzna	prawa	kilka miesięcy	grużlica płuc daleko posuniste	—	cięcie w przestworze między żebrowym	śmierć w pół godziny	Stan przed operacyją b. zły, duszność i sinica bardzo znaczne. Po otwarciu klatki piersiowéj, wylewa się posoka mocno cuchnąca, gwałtowny kaszel — krwotok przez usta i do jamy opłucny. Operowany prywatnie.
15	30 lat kobieta	lewa	kilka tygodni	zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie ropy z miejsca nakłócia ropień i przetoka	resekcyja 7 żebra w linii pachwowej przedniej	95 dni wyleczenie	Pod koniec leczenia przepłukiwanie — podczas jednego z nich zapad chwilowy Operowana prywatnie.
16	35 lat mężczyzna	prawa	kilkanascie tygodni	—	—	resekcyja 4 centim. 7 żebra niżéj łopatki	72 dni wyleczenie	Stan przed operacyją bardzo nędzny, tak, że chory na łóżku podnieść się nie mógł. Pod koniec leczenia przepłukiwanie, dla usunięcia licznych pokładów skrzepów, włóknikowych pomieszanych z ropą.
17	38 lat mężczyzna	prawa	trzy miesiące	—	—	resekcyja 4 centim. żebra 8, niżéj kąta łopatki	150 dni niewyleczony	Jama nie zmniejsza się, na ponowną operacyję chory się nie zgadza. Operowany prywatnie.
18	40 kilkolet. mężczyzna	lewa	kilka tygodni	zapalenie płuc	—	resekcyja 8 żebra	73 dni wyleczony	Stan przed operacyją bardzo nędzny, ropa bardzo cuchnąca, przepłukiwania. Operowany prywatnie.
19	43 lat kobieta	prawa	9 tygodni	początkująca grużlica płuc	—	resek. 8 żebra w linii pachwowéj tylnéj	50 dni wyleczona	Przepłukiwanie pleury z powodu bardzo gęstéj ropy. Operowana prywatnie.

całéj lewéj klatce piersiowéj aż do grzebienia łopatki. Chora lekko gorączkuje. Wobec tych objawów prawie na pewne można było przypuszczać, że cała masa płynu zajmującego klatkę piersiową będzie téj saméj natury, co płyn wydobywający się z rany. Miałem więc przystąpić do otwarcia klatki piersiowéj w dole, aby umożebnić odpływ przypuszczalnéj ropy, która oczywiście przez wysoko położoną ranę nie mogła się wydostać. Dla pewności jednak wbiłem w 7-my przestwór międzyżebrowy igłę Pravatza i wydobyłem płyn całkiem przeźroczysty, lekko krwawo zabarwiony. Przypuszczać więc należy, że powstala po zranieniu

wybroczyna w opłucny otorbiła się pierwéj nim w ranie przyszło do ropienia, do czego może przyczyniły się stare zlepy opłucnowe. Zdaje mi się jednak, że rozpoznanie stanu tego bez nakłócia próbnego było wprost niemożebne, że więc tylko punkcyja uchroniła chorą od zabiegu operacyjnego, który w tych warunkach mógł być dla niéj tylko szkodliwy.

Przypadków podobnych, choć może mniéj wybitnych, możnaby przytoczyć dużo, to też powinno się postawić za regułę, aby do operacyi otoku ropnego nie przystępować pierwéj, aż próbne nakłócie nie przekona nas naocznie o obecności ropy w jamie opłucny. Dla uniknięcia jednak możliwych pomyłek strzykawka powinna być dobrą i odpowiednią do tego zabiegu, t. j. powinna dobrze ciągnąć, o czem nawiasem mówiąc, należy się bezpośrednio przekonać przed punkcyją, a igła musi być dostatecznie długa i gruba; w przeciwnym razie, n. p. przy zgrubieniu opłucny, krótka igła nie dostanie się do jamy opłucny, lub zgęstniała ropa nie przedostanie się przez wąski otwór igły i tym sposobem można się narazić na bardzo nieprzyjemne pomyłki. W wątpliwych przypadkach można wreszcie zrobić kilka nakluć w różnych miejscach.

Nasuwa się teraz pytanie, kiedy przystąpić mamy do próbnego nakłucia? Odpowiedź na to: wtedy, gdy tylko mamy choćby podejrzenie, że w opłucny może znaleźć się ropa. Nakłucie bowiem samo należycie, t. j. narzędziem czystem i przy przestrzeganiu zasad antyseptyki wykonane, jest zabiegiem zupełnie niewinnym, który nigdy zaszkodzić nie może, a pozwala rozpoznać wczas cierpienie, które wymaga odrębnego i szybkiego leczenia. Wyznaję bowiem zasadę, że im wcześniéj wypuścimy ropę nagromadzoną w opłucny, tem lepiéj wyjdzie na tem chory. Od zdania tego nie zachodzą żadne wyjątki, czy empyema powstało u dziecka, czy u dorosłego, czy samoistnie, czy po zapaleniu płuc, czy u osoby poprzednio zdrowéj, lub też dotkniętéj początkującą gruźlicą płuc. Pomiędzy przypadkami w méj praktyce nie zdarzyło mi się, by stwierdzona w opłucny ropa uległa wessaniu; nawet jeżeli wysięk ropny wystąpił po dławcowem zapaleniu płuc, a takich przypadków w mem zestawieniu jest 8. wysięk ropny mimo długiego nieraz czekania nie zmniejszał się wcale, chorzy nędznieli coraz to bardziéj i pewnie na zwłoce nic nie zyskali. Zdaje mi się więc, że twierdzenie, jakoby pneumococci znalezione w ropnéj wypocinie opłucny miały być przyczyną ropienia, że one tak jak w płucach w krótkim czasie muszą zginąć, a z niemi także ropa uledz wessaniu, jest nieuzasadnionem przypuszczeniem, że więc empyema powstałe przy zapaleniu płuc należy taksamo wczas leczyć jak i otok ropny samoistny. Tak samo ma się rzecz z ropieniem opłucny wobec istniejących zmian gruźliczych w płucach. Jeżeli bowiem u takich chorych usuwamy ogniska ropne w innych okolicach usadowione, choćby w tym celu był potrzebny zabieg tak poważny jak odjęcie kończyny, lub otwarcie jamy brzusznéj, toć nie ma powodu, abyśmy postępowali inaczéj przy nagromadzeniu się ropy w opłucny.

Sposobów usuwania ropy z jamy opłucny jest właściwie dwa, t. j. nakłucie, po którem po wypuszczeniu ropy jama opłucna pozostaje zamknięta i otwarcie klatki piersiowéj mniéj lub więcej szerokie, po którem ropa przez czas dłuższy może swobodnie odpływać.

Co do pierwszego sposobu, to zakres jego użycia przy ropnéj wypocinie w opłucny jest bardzo ograniczony, a mianowicie zdaniem mojem winien on być zastosowany tylko wobec daleko posuniętéj gruźlicy płuc. U chorych takich bowiem nagle wypuszczenie płynu z opłucny, jak to oczywiście musi nastąpićpo szerokiem otwarciu klatki piersi owéj, może się stać bardzo niebezpiecznem. Nagle bowiem opróżnienie rozdętéj przez płyn jamy opłucny zmniejsza nagle ucisk na płuca, pobudza do silnego kaszlu i wywołać może łatwo krwotoki bardzo niebezpieczne, a nawet śmiertelne, jak to miało miejsce w przypadku mym Nr. 14. Wprawdzie Küster utrzymuje, że twierdzenia Traubego o niebezpieczeństwie nagłego zniesienia ucisku wśród klatki piersiowéj jest więcej teoretyczne, że w przypadkach przez niego operowanych nigdy nic podobnego nie zaszło, według niego więc nawet utrudnienie odpływu ropy przez włożenie palca do rany, a następnie zakrycie jéj sitkiem, jak to radził Mikulicz, jest zbyteczne. Na podstawie jednak jednego wprawdzie ale przykrego doświadczenia muszę zdaniu Küstera zaprzeczyć. U mego bowiem chorego, gdy po otwarciu klatki piersiowéj wystąpił gwałtowny kaszel, starałem się przez zatkanie chwilowe rany tamponem z waty wstrzymać odpływ ropy, co się jednak nie udało; przy silnych napadach kaszlu ropa przeciskała się mimo tampona, wnet pokazała się krew ustami, wkrótce potem zaczęła zmięszana z ropą płynąć i przez ranę, a chory prawie w moich oczach umarł. (Dok. nast.)

II. Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą Mac Ewena.

Podał

W. H. Krajewski

Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

Mac Ewen w pierwszym swym artykule podał opis operacyi tylko dla przepuklin pachwinowych [1]) o innych przepuklinach powiada, iż i do nich metodę w ten sam sposób zastosować należy i popiera twierdzenie to, przytaczając ośm wyleczonych tą drogą przepuklin udowych. Rzeczywiście przeprowadzenie metody Mac Ewena w ten sposób, jak ją opisał sam wynalazca, nie przedstawia żadnych trudności bez względu na rodzaj operowanéj przepukliny; dopiero chęć poprawienia małych braków, jakie w zaleconéj przez Mac Ewena metodzie widnieją, trudności te wytworzyła i zmusiła do modyfikowania postępowania zależnie od rodzaju operowanéj przepukliny.

O ile mi wiadomo, oprócz pracy Mac Ewena i nielicznych z niéj referatów, w literaturze istnieją dotąd trzy prace, zajmujące się tą metodą, mianowicie: Dr. Keetlego (*Annals of Surgery vol. VI* str. 193), moja (l. c.) i prof. Obalińskiego (l. c.). Wszyscy trzej zauważyliśmy jeden i ten sam brak w metodzie Mac Ewena, a mianowicie, że po przeszyciu i ulokowaniu poduszki otwór brzuszny worka przepuklinowego jest skierowany ku górze, że mogą się doń wśliznąć kiszki, tem łatwiej, iż znajdująca się pod nim poduszka w tę stronę skierowywać je będzie [2]). Każdy z nas starał się złemu na różny zaradzić sposób: Dr. Keetly skręca szyję worka, dolną zaś jego część fałduje, przeszywa nitką katgutową i wpycha tak wytworzoną poduszkę po za wrota, nie troszcząc się o to, w którą stronę będzie zwrócony otwór brzu-

[1]) Mac Ewen nie zapomina i o przepuklinach pachwinowych wrodzonych, podaje nawet odpowiedni rysunek i robi uwagi identyczne z 1-szą uwagą prof. Obalińskiego, wywołaną drugim przezeń operowanym przypadkiem. [2]) Pomijam sposób zaszywania wrót, bardzo zawiły, którego opis dla ścisłości w pierwszym artykule moim streszczając pracę Mac Ewena podałem, lecz którego żaden z nas, operując metodą Mac Ewena, nie wykonał.

szny, gdyż skręcenie szyi worka zabezpiecza go od wśliźnięcia się kiszek (jest to kombinacyja metody Balla, skręcenie szyi, z metodą Mac Ewena, fałdowanie worka). Ja przeszywam worek 2 nitkami katgutu, zwracam otwór brzuszny ku dołowi i nad nim umieszczam poduszkę. Profesor Obaliński podwiązuje szyję worka, fałduje część worka, leżącą poniżéj podwiązki, przeszywa kilku ściegami katgutu i poduszkę tak wytworzoną wpycha po za wrota. Oba sposoby tak Dra Keetlego jak i prof. Obalińskiego (o którym naturalnie w chwili dokonywania operacyi na mojéj choréj nic wiedzieć nie mogłem) odznaczają się swą prostotą i łatwością, z jaką do wszelkiego rodzaju przepuklin zastosować się dadzą. Podana przezemnie zmiana jest więcéj skomplikowana i o ile łatwo da się przeprowadzić przy przepuklinach pachwinowych, o tyle trudną mi się wydała do zastosowania w przepuklinach udowych, ze względu na niepodatność i głębokie położenie tych części pierścienia udowego, przez które należałoby przeprowadzić końce nitek katgutowych, chcąc zwrócić otwór brzuszny przepukliny ku dołowi (*ligamentum pubicum Cooperi* i wiąz Gimbernata). To też przystępując do operacyi w powyżéj opisanym przypadku, zdecydowałem się zastosować metodę Dra Keetlego.

Widzieliśmy, jakie były tego następstwa, oto około $^1/_4$ części sfałdowanego worka zmartwiała i dopiero po oddzieleniu się jéj rana się zgoiła; jest to powikłanie wielce nieprzyjemne, mogące pozbawić życia chorego, a co najmniéj, w razie zmartwienia całéj poduszki, skompromitować rezultat operacyi.

Na zasadzie doświadczenia, zdobytego w tylko co opisanym przypadku, pozwalam sobie przypuszczać, iż jeżeli skręcenie tak zgubnie wpływa na odżywianie części worka leżącéj poniżéj, tem bardziéj niebezpiecznem będzie podwiązywanie szyi, które proponuje prof. Obaliński. Prof. Obaliński przewidując ten zarzut, zaleca nie ściskać zbyt mocno przewiązki, ale jakież, pytam, mamy kryteryjum, które nas ostrzeże, kiedy ścisnęliśmy za mocno tak, że nastąpi zgorzel, kiedy za słabo tak, że się wśliźnie pętla kiszki po za przewiązką (co wywoła zaciśnięcie), kiedy nakoniec w miarę tak, iż obu tych nieszczęść unikniemy? [1])

Mówię tu naturalnie tylko o bardzo wielkich i starych workach przepuklinowych, do nich tylko, mojem zdaniem, obie modyfikacyje (Dra Keetlego i prof. Obalińskiego) zastososować się nie dadzą i w takich razach należałoby się uciec do zaproponowanéj przezemnie zmiany. To też gdybym w przyszłości operował równie wielką przepuklinę udową, trzymałbym się następującego sposobu postępowania: po przeszyciu dwiema nitkami worka przepuklinowego (jak przy przepuklinie pachwinowéj), przeprowadzę ich końce od wewnątrz na zewnątrz przez *lig. pubicum Cooperi* i tu je zawiążę; końce pozostawione przy dnie worka przeprowadzę od wewnątrz na zewnątrz przez ścianę brzuszną, powyżéj wiązu Pouparta, a po związaniu tych ostatnich zeszyję kuśnierskim szwem wiąz Pouparta z powięzią łonową (*fasc. pectinea*). Na trupie się przekonałem, iż przeprowadzenie nitek, idących od szyi worka przez *lig. pubicum Cooperi* jest zupełnie możliwe, zwłaszcza przy użyciu mocno zakrzywionych igieł (tak zwanych igieł Martina); rozumie się przy istniejącej przepuklinie i obszernym pierścieniu będzie to jeszcze o wiele łatwiejszem.

Że obie modyfikacyje Dra Keetlego i prof. Obalińskiego dają doskonałe rezultaty w przypadkach przepuklin stosunkowo średniéj wielkości, tego świetnie dowiodły przytoczone przez nich obserwacyje. Obserwacyje te nie upoważniają nas jednak do wniosku, iż w żadnym z opisywanych przypadków zmartwienie poduszki nie miało miejsca; możemy jedynie na ich zasadzie twierdzić, że chociażby nawet zmartwiała implantowana przez operatorów poduszka, wypadek ten przy ścisłem zastosowaniu metody przeciwgnilnéj nie wywarł skutków, jakich dawniéj by się nie uniknęło, że mała zmartwiała poduszka zachowała się tak, jak na przykład podwiązane szypuły guzów, wpuszczane od jamy brzusznéj, lub jak martwe organiczne ciała z zewnątrz implantowane n. p. gąbki, całe motki katgutu, które to ostatnie bez szkody implantowano do jamy pachowéj, po usunięciu gruczołów rakowato zwyrodniałych [1]). Zresztą rozstrzygnięcie pytania, czy po za wrotami przepuklinowemi leży żywa poduszka wytworzona z worka, czy też otorbiona martwa poduszka, jest z praktycznego punktu widzenia rzeczą mniejszéj wagi, gdyż w obu razach zamierzony rezultat będzie osiągnięty. Chodzi mi tylko o to, iż tak jak przy implantowaniu z zewnątrz ciał organicznych martwych istnieje pewna granica dla ich wielkości, którą przekroczywszy rezultat operacyi na szwank narazić możemy, tak samo istnieć powinna granica dla wielkości poduszek wytworzonych z worków przepuklinowych po skręceniu lub podwiązaniu ich szyi. Jednem słowem modyfikacyja Dra Keetlego i prof. Obalińskiego doskonałe dla małych i średnich przepuklin nie dadzą się prawdopodobnie zastosować do przepuklin wielkich, o starych, zgrubiałych workach. Gdzie granica — przyszłe to dopiero doświadczenia wykażą.

Przypisek. Obecnie znajduje się na moim oddziale chory W. Ant., 37-letni kowal, u którego operowałem stosunkowo małą (wielkości pięści) przepuklinę pachwinową nie zaciśniętą, za pomocą metody Mac Ewena, tak jak to opisałem w pierwszym przypadku. Przebieg był bezgorączkowy, a rana oprócz nieznacznego ropienia przy jednym ściegu szwu skórnego, cała zagoiła się przez rychłozrost. Obecnie chory już chodzi, a przez powłoki brzuszne wyczuwa się twardą poduszkę. Chory poddał się operacyi z przyczyny, iż przepuklina uniemożliwiała wykonywanie ciężkiéj zawodowéj pracy; ciekawem będzie obserwować, jak się zachowa poduszka, gdy chory powróci do swych zajęć.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Przy działaniu mocnych (1%—2%) roztworów atropiny nie otrzymujemy żadnych ciekawych osobliwości: zwierzę łatwo bardzo położyć na grzbiet, ale przytém nie broni się ono: odruchy są wzmocnione. Przy działaniu dawkami średniemi 0.5% zauważałem, że początkowo hypnoza staje się głęboką i odruchy zmniejszają się, ale wkrótce nasilają się

---

[1]) W przypadku 6-tym z kolei zaznacza prof. Obaliński, iż przebieg był niezupełnie gładki, bliżéj nie omawiając, na czem ta nieprawidłowość polegała. Ponieważ jest to największa z operowanych przez prof. O. przepuklin, bardzobym więc pragnął wiedzieć, czy w tym przypadku nie nastąpiło częściowe przynajmniéj obumarcie worka?

[1]) *Dr. Thiem, Med. Verein zu Kottbus. Sitzung v. 11 u. 28 Dec. 1888.*

i zwiększają po nad normę. Niekiedy działanie takiéj koncentracyi przeszkadza w przeciągu pewnego czasu zjawieniu się hypnozy i żaba ciągle się budzi; potém zaś leży spokojnie i odruchy wzmacniają się: mamy, jedném słowem, objawy porażenia mózgu wielkiego.

Atropina, takim sposobem, w pewnych rozczynach sprzyja powstawaniu hypnozy czyli działa odwrotnie ze strychniną i tebainą. Czy tylko atropina posiada taką własność? Doświadczenia przerobione takim samym sposobem z kokainą, przekonały mnie, że działanie bezpośrednie rozczynami tego środka na półkule mózgowe żaby wywiera podobny wpływ na hypnozę, jak atropina. Zastósowanie na półkule mózgowe 0.1%—0.5% roztworu kokainy wywołuje u żaby normalnéj zmniejszenie odruchowości: to samo ma miejsce w hypnozie, która staje się głęboką. Różnica pomiędzy działaniem atropiny i kokainy ta, że przy atropinie sen głęboki trwa godzinę, nieraz dwie, szczególnie przy 0.1%—0.2% rozczynie; tymczasem przy kokainie hypnoza głęboka i zmniejszenie powtórne odruchowości trwają nie dłużéj nad 15 do 20 minut. Po upływie tego czasu sen staje się bardzo lekkim, powierzchownym i czucie zwiększa się, chociaż i nie dochodzi do téj normy, jaka była bez snu przed zastosowaniem środka. Rzec można, że nawet taka zmiana formy hypnozy jest prawie charakterystyczną dla kokainy. Po użyciu 1% roztworu sen staje się na pewien przeciąg czasu tak samo niespokojnym, jak po 0,5% atropinie; przy stosowaniu mocnych 2%—3% rozczynów otrzymujemy objawy paraliżu i nie możemy obserwować zmian w hypnozie.

Wiedząc, że tebaina także drażni mózg duży żaby, zrobiłem kilka doświadczeń z działaniem bezpośredniem 0,5% rozczynu tego środka na półkule mózgowe. Wyniki w niektórych doświadczeniach otrzymałem bardzo ciekawe. Zaraz po posmarowaniu odruchowość zmniejsza się w porównaniu z tą, jaka istniała w hypnozie i zjawia się sen głęboki u tych egzemplarzy, które spały lekko. Ale zjawisko to trwa krótko, bo 2—3 minuty: hypnoza zmienia swój charakter i staje się lekką, powierzchowną. Zwierzę ciągle się budzi i jednocześnie stwierdzamy objawy podrażnienia rdzenia zupełnie takie same jak przy podskórnem stosowaniu strychniny albo tebainy. Przy stukaniu o stół zwierzę drży, przy słabem uderzeniu kolumny kręgowéj zjawiają się słabe drgawki. Działanie powtórne na półkule takiego samego rozczynu tebainy znowu wywołuje spadek odruchów, ale już na krótszy przeciąg czasu; objawy drgawkowe zaś stają się silniejszemi i wyraźniejszemi. Jeżeli doświadczenie robimy w taki sposób, że zwierzę usypiamy na płaszczyźnie pochyłéj głową nadół, to pierwszy okres działania tebainy, sen głęboki, trwa dość długo, bo 5—8 minut i nawet po tym czasie jeszcze nie widzimy objawów podrażnienia rdzenia. Jeżeli zaś teraz położymy zwierzę na płaszczyźnie pozioméj i posmarujemy półkule, to objawy drgawkowe występują po 2—3 minutach, jak w doświadczeniach poprzednich. Oczywiście w tych razach zwiększenie odruchowości jest zależnem od przejścia płynu do kanału w kręgosłupie i działania na rdzeń. Zauważę jednocześnie, że podobnie jasnych objawów podrażnienia rdzenia, które można sprawdzić przy uderzeniu kręgosłupa, nigdy nie widziałem nawet w drobnym stopniu przy stosowaniu na półkule mózgowe mocnych, nie mówiąc już o słabych, rozczynów atropiny, co mówi, według naszego zdania, przeciwko przypuszczeniu o drażniących własnościach atropiny na rdzeń.

Robiąc doświadczenie z dusznością (*Dyspnoe-versuch*) po stosowaniu na mózg atropiny i kokainy, przekonałem się, że czucie podlega takim samym zmianom, jak w hypnozie normalnéj; tego, cośmy widzieli przy strychninie i tebainie, nie ma w tym razie zupełnie. Odruchowość po przyłożeniu do nozdrzy bibuły zwiększa się, a nigdy nie zmniejsza.

Nareszcie dodam, że fakty, otrzymane w téj seryi eksperymentów, potwierdziłem doświadczeniami kontrolującemi. Działałem na półkule mózgowe żab uśpionych i nieuśpionych wodą destylowaną lub rozczynem fizyjologicznym soli kuchennéj, ani czucie, ani hypnoza nie podlegały w tych razach żadnym wahaniom.

Następne sprawozdania z doświadczeń będą służyć za przykłady faktów wyłożonych.

A. Odsłoniłem półkule mózgowe u dużéj żaby o godz. 2 popołudniu i pozostawiłem ją dla spoczynku do g. 4 min. 30 popoł. Odruch w tym czasie otrzymuje się przy odległości 168 do 170 mlm. Usypiałem ją kilka razy, spi krótko, lekko, budzi się dosyć często od stuknięcia. Po 6ciu minutach snu odruchy 158—160, przy czém zwierzę budzi się. Posmarowano półkule 0·1% rozczynem atropiny i uspiłem zwierzę (g. 4 m. 53); o g. 4 m. 56 odruch od 130 i żaba budzi się; hypnoza. Od tego czasu sen bardzo głęboki; od 130—135 silne skurcze mięśni biodra, a żaba ani drgnie. Uderzenia odtąd o nogi żaby pozostają bez rezultatu. O g. 5 m. 1 — 124, o g. 5 m. 12—128 nie budzi się. Położyłem na nozdrza bibułę, zaraz po tém 132, o g. 5 m. 14 — 142 budzi się i odrzuca przeszkodę po 2 minutach. O g. 5 m. 18 nie w hypnozie — 155—160; uspiłem ją, odrazu zasnęła głęboko, o g. 5 m. 22 — 124, o g. 5 m. 28 — 122 nie budzi się. Powtórzyłem *Dyspnoe-versuch*, wynik ten sam, co poprzednio. O godz. 5 minut 37 odruch min. 128 nie budzi się. O g. 5 m. 40 powtórnie podziałałem 0,5% atropiną, zaraz potem w hypnozie odruch 111, o g. 5 m. 45—108, nie budzi się. O g. 5 m. 48, bibuła na nos; w trzy minuty potem duszność, odruch od 139, nie budzi się. Zdjąłem przeszkodę i nadałem zwierzęciu normalne położenie.

Dnia następnego żaba miała zupełnie normalne wejrzenie i odruch od 165—168. Po posmarowaniu 0,02% atropiną w hypnozie odruch z 148 spadł na 137—142.

B. Średniéj wielkości żaba, z którą przerobiono doświadczenie dnia poprzedniego, o g. 11 m. 40 rano daje odruch przy 168—170. Posmarowałem mózgowie 0,5% atropiną, w minutę potem czucie zmniejszyło się do 150—152. Hypnoza o g. 11 m. 57. Odrazu wpada w sen głęboki z odruchem 128, przytém nie budzi się. O g. 12 m. 9, 142; ruchy ku przebudzeniu, ale uspokoiła się sama; o g. 12 m. 16 — 140; to samo; o g. 12 m. 22, budzi się sama, sen staje się powierzchownym; o g. 12 m. 23—145 budzi się. Pozostawiłem ją w normalnéj pozycyi. O g. 12 m. 45 bez snu 168—170, usypia trudno. O g. 12-téj m. 58 powtórnie posmarowałem mózgowie 0,5% atropiną; zaraz potem 187; nie budzi się. Hypnoza znowu stała się głęboką. O g. 1 m. 4 wprowadziłem pod skórę 0,00009 strychniny; o g. 1 m. 8 budzi się sama, o g. 1 m. 10 można skonstatować słabe objawy strychnizmu. O g. 1 m. 13 — 152 budzi się. Sen lekki. Późniéj drgawki stały się dość mocne.

C. Żwawa żaba hypnotyzuje się bardzo trudno. Min. 158—162. O g. 4 m. 35 popoł. podziałałem na półkule 0,4% kokainą. O g. 4 m. 42 odruchy spadły do 188—140. Usypiano ją, odrazu zjawia się głęboka hypnoza. W 20 minut po zjawieniu się jéj o g. 5 m. 2, odruch 135, nie budzi się, o g. 5-téj m. 8 — 128 i ruchy ku przebudzeniu, uspokoiła się. O g. 5 m. 19 — 140 nie budzi się. *Dyspnoe-versuch.* O g. 5 m. 22, duszność, 154, zwierzę budzi się i zaraz odrzuca przeszkodę. O g. 5 m. 28 jest już bardzo żwawa, o g. 5 m. 30 bez hypnozy odruch przy 148—154.

D. Zielona żabka z odruchem 178—180 w kilka godzin po zdjęciu kości czaszkowych została uśpioną. Zwierzę okazywało bardzo małą skłonność do hypnozy mimo 3 razy powtórzonego rękoczynu. Min. odruch we śnie 156. O g. 4 m. 45 posmarowałem półkule 0,2% kokainą. Zwierzę odrazu wpadło w głęboką hypnozę i spało przez 20 minut. Po upływie tego czasu hypnoza stała się lekką, min. 140 i zwierzę obudziło się, stało się bardzo żwawem, tak, że mimo ciągle powtarzanéj hypnotyzacyi spało nie dłużéj nad ½—1 minutę. O g. 5 m. 10 powtórnie podzia-

łałem 0,2% kokainą i uśpiłem zwierzę o g. 5 m. 12. Zwierzę spało głęboko przez 10 minut, min. 141, obudziło się; hypnoza; po 2 minutach 160 znowu się obudziło i stało się żwawem.

E. Doświadczenie z tebainą. Po upływie pewnego czasu od odsłonięcia półkul odruch min. 168—170. Hypnoza; po kilku minutach lekkiego snu odruch przy 140 i budzi się; potem śpi 10 minut, min. 142. W czasie snu posmarowałem półkule mózgowe 0,5% tebainą. Przez kilka minut zwierzę jest niespokojne, budzi się, ale wkrótce bardzo łatwo wpada w głęboką hypnozę. W 2 minuty, min. 134, nie budzi się, znowu po 2 min. 184; budzi się. Hypnoza po 4 minutach min. 172; szybko się budzi; Hypnoza; po 2 minutach 168 i po minucie budzi się sama. Odruchy bez hypnozy 184—188. Jawne oznaki drgawkowe przy stukaniu o kręgosłup. Znowu hypnotyzacya: min. 164 budzi się. Sen nadzwyczaj lekki. W 5 minut potem posmarowałem półkula poraz drugi takim samym roztworem tebainy i uśpiłem żabę. W minutę potem min. 132, budzi się; Hypnoza; wkrótce min. 160. Objawy drgawkowe są silniejsze. Zwierzę niepokoi się, ciągle się budzi; sen powierzchowny. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Alapy: (Budapeszt): **Jak się zachowuje jad, wywołujący zakażenie ran w przewodzie pokarmowym.**

Że w przewodzie pokarmowym człowieka znajdują się różnego rodzaju prątki, jest faktem od dawna dokładnie znanym. Nie wiadomo tylko, jak się one do dalszych części jelit dostają, czy słuszne jest zdanie, że tylko zarodniki bakteryj są w stanie przejść nieuszkodzone przez żołądek i rozwijać się dalej. Doświadczalnie wykazano to tylko dla prątków wąglika. A. starał się przekonać drogą doświadczenia, czy bakteryje, będące przyczyną zakażenia ran, są w stanie nieuszkodzone przejść do dalszych części przewodu pokarmowego. Przez cewę żołądkową wprowadzał on królikom i morskim świnkom najgłówniejsze przyrzuty ran: *streptococcus pyogenes*, *streptococcus erysip.* i *staphylococcus pyogenes aureus*, wszystkie w bulionie, w objętości 10 sz. ctm. W 2½ do 4½ godziny po wlaniu jadu zabite zwierzęta nie okazywały w jelitach ani śladu kolonij, a nawet w samym żołądku nie znaleziono w godzinę po śmierci wymienionych koków. Ponieważ te doświadczenia nie mogły jeszcze dać należytego pojęcia o stanie rzeczy, zobojętniał więc najpierw treść żołądkową, a potem dopiero wprowadzał wyżej wymienione koki. Z doświadczeń tych wynikło, że już słabe zmniejszenie kwasoty treści żołądkowej bez wybitnego zasadowego oddziaływania wystarcza, aby jad przyranny mógł przejść do dalszych części przewodu pokarmowego, minąwszy bezpiecznie żołądek, — że w obec wyraźnego alkalicznego oddziaływania treści żołądkowej ropotwórcze ustroje bezpiecznie przechodzą do jelit i że w prawidłowych warunkach ani żołądek, ani jelita nie zawierają ropotwórczych mikroorganizmów. (*Wiener Med. Woch.* 1889 Nr. 1, 2, 3).

Dr. H. Kraus.

Dr. Babes w Bukareszcie zbadał osobną chorobę zakaźną, która już od dawna niszczy bydło w Rumunii. Weterynarze nazwali ją *gastro-entero-nephritis.* Chorobie tej towarzyszy gorączka, która albo ustępuje, albo też kończy się śmiercią; przy sekcyi znajdują zwykle przekrwienie żołądka i jelit, guzy w żołądku i krwawą puchlinę dokoła porażonych części, obrzęk śledziony, obrzęk nerek z przekrwieniem i krwawą puchliną. Za życia występuje hemoglobinuryja. We wszystkich badanych przypadkach znalazł Dr. B. w przewodzie pokarmowym, jego ścianach i sąsiednich gruczołach kreskowych wrzody. Badanie krwi na suchych preparatach, barwionych błękitem metylowym, wykazało w czerwonych ciałkach okrągłe lub czworokątne twory, składające się z dwu podłużnych laseczek, rozdzielonych słabo barwiącem się pasemkiem. Twory te nie barwią się ani metodą Grama, ani Ehrlicha, ani też Weigerta. Podobnez hematokoki znaleziono i w rozmaitych narządach, nie było ich tylko w płucach i wątrobie. Autor otrzymywał ich hodowle na agarze i ziemniakach. Drugi rodzaj mikroorganizmów z tej krwi otrzymany przedstawia diplokoki, odpowiadające co do wielkości i postaci powyższym hematokokom i otoczone torebką. Hodowle ich otrzymał autor na surowicy krwi. Krew zdechłych zwierząt i 2gi rodzaj bakteryj wstrzyknięte królikom, zabijają je. Na podstawie tego przypuszcza autor, że chorobę tę wywołuje diplokok, który rozkłada czerwone ciałka krwi. Prawdopodobnie diplokok ten rozwija się w pewnych warunkach we wodzie i z nią dostaje się do przewodu pokarmowego wołów. Sprzyjającym zaś warunkiem dla zagnieżdżenia się jego w ustroju jest poprzednie istnienie wrzodów. (*Virchowa Archiw.* t. CXV). *A. W.*

Medycyna wewnętrzna.

Roughton. **O doniosłości zatkania nosa.**

Nos wypełnia dwie ważne czynności: jako narząd węchu i jako przedsionek dla przejścia oddychanego powietrza. W podręcznikach fizyjologii znajdujemy szerokie rozprawy o zmyśle powonienia, ale o drugiem zadaniu nosa nic.

Przyroda umieściła nos na samym progu narządu oddechowego, aby nas niejako ostrzedz o szkodliwości wdychania trujących gazów. W nosie znajdujemy narząd, który dla płuc przygotowuje powietrze, podobnie jak zęby przysposabiają pokarm dla żołądka. Można też powiedzieć, że równie nie fizyjologicznie byłoby jeść nosem, jak oddychać ustami.

Powietrze przez nos przepływające staje się cieplejszém, wilgotnêm i oczyszczonem. Według badań Aschenbrandta powietrze o ciepłocie 5°R. ogrzewa się w jamie nosowej do 25°. Tenże autor wykazał, że powietrze wdychane nosem w ciągu 1 minuty przybiera 0.3656 wody, co stanowi przeszło funt na dobę. Nie słusznie więc sądzono, że wilgotność wydechanego powietrza pochodzi z samych płuc. Błona śluzowa nosa powstrzymuje wszystek pył z powietrza wdychanego, co się zgadza z badaniem Tyndalla, że głębsze części płuc nie zawierają wcale pyłu. Przypuśćmy, że 2 ludzi wystawieni są na te same wpływy zakaźne w powietrzu; jeden z nich oddycha tylko ustami, drugi tylko nosem. Który z nich łatwiej ulegnie zakażeniu? Z pewnością pierwszy. Ochłodzenie krwi zbyt zimném powietrzem, zbyt wielkie parowanie powierzchni płuc w powietrzu nadto suchém, osłabia siły żywotne leukocytów i obniża ich odporność względem zarazków. Dobroczynny wpływ ochładzania powietrza w nosie uwydatnia się u ludzi pracujących w pyle (np. kamieniarzy); dzieci zaś z zatkanym nosem zapadają łatwo na nieżyty przewodu oddechowego. Wiadomo, że zatkanie nosa sprowadza nader często także duszność a u śpiących takich chorych z otwartemi ustami wysycha język, błona śluzowa jamy ustnej i powstaje niesmak. Wiele przypadków zmory i niespokojnego snu zależy od zatkania nosa. Częste są także przypadki jąkania z tej przyczyny i niewyraźnej mowy; u innych powstaje utrata powonienia i smaku. Postrzegano także uparty kaszel bez wykazać się dającej zmiany w narządach oddechowych. (*The Practitioner.* Marzec 1889). *Dr. Smoleński.*

Klemperer: **Przypadek wyleczenia rozstrzeni żołądka.**

G. liczący lat 35 wypił przez pomyłkę dość sporą ilość kwasu solnego zgęszczonego a natychmiast potém, jakby instynktem wiedziony, dużo wody. Wkrótce zwymiotował płyn kwaśny ze śladami krwi, poczém naprzemian pił wodę i wymiotował, przez co niemal doszczętnie wydalił z żołądka kwas solny. Po kilku dniach ustąpiły ostre przypady, ale po upływie dwóch tygodni rozpoczęły się znowu wymioty. Wymiociny były kwaśne i w wielkiej ilości, chory chudł i nędzniał, w końcu w pięć tygodni po wypiciu trucizny zgłosił się do kliniki. Badanie wykazało naciek gruźliczy płuc i rozstrzeń żołądka, który sięgał na dwa palce a po wydęciu powietrzem na cztery palce poniżej pępka. Sondą wydobyto z żołądka 2½ litra cieczy kwaśnej, zawierającej kwas solny, dość dużo peptonu, niestrawione części składowe pokarmu i pasorzyty. Próby trawienia wykazały, że sok żołądkowy trawi należycie, ale wchłanianie było bardzo upośledzone a z żołądka prawie nic nie dostawało się do dwunastnicy. Rozpoznanie zwężenia odźwiernika przez bliznę było łatwe a ponieważ zmiana ta żadnemi lekami usunąć się nie da, przeto przeniesiono chorego do kliniki chirurgicznej, gdzie prof. Bardeleben wykonał przecięcie blizny sposobem Heinecke-Mikulicza. Operacyja osiągnęła doskonały wynik, odżywienie chorego pomimo gruźlicy płuc znacznie się podnio-

sło a przypady żołądkowe ustąpiły. Chory opuścił klinikę a w kilka miesięcy późniéj zakończył życie. Przyczyna śmierci była rozległa gruzlica płuc i do końca życia wolny był od wszelkich zaburzeń w trawieniu.

Oględziny pośmiertne żołądka wykazały: błona śluzowa żołądka prawidłowa, tylko w okolicy odźwiernika blizna. Żołądek wielkości prawidłowéj, brak wszelkiéj rozstrzeni, błona mięsna nieco zgrubiała. Z tego wynika, że rozstrzeń żołądka, która przed rękoczynem istniała na pewne, i wydawała niewątpliwe objawy, ustąpiła. Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że 1) istota żrąca, która się dostała do żołądka, wywołała zbliznowacenie tylko w okolicy odźwiernika, 2) że wchłanianie w żołądku pomimo prawidłowego stanu błony śluzowéj było bardzo upośledzone i 3) że żołądek dotknięty wcale sporą rozstrzenią wrócił do stanu prawidłowego. *(Deutsche Medic. Woch.* 1889 Nr. 8. *A. R.*

Choroby nerwowe.

Moncorvo. **Etyjologija Sclerosis cerebro-spinalis multiplex w wieku dziecięcym i patogeniczny wpływ kiły dziedzicznéj.**

Już w r. 1884 wypowiedział M. przypuszczenie, że pomiędzy przyczynami rozsianego ogniskowego stwardnienia może także odgrywać rolę i kiła wrodzona. Do opisanych wtedy 3ch przypadków dodaje obecnie czwarty: 3-ch letnia dziewczynka, któréj ojciec wyznał, że był kiłą dotknięty, okazywała od urodzenia trwający nieżyt nosowy i rozmaite wysypki. W trzecim roku życia stała się drażliwą, gwałtowną, nieposłuszną, chód okazywała niepewny, chwiejący się; przedmioty w ręku trzymane upuszczała, wreszcie przestała chodzić. Dwumiesięczne leczenie przeciwkiłowe usunęło wszystkie objawy. Półtrzecia roku później wystąpiły na nowo dawne dolegliwości a do zmian w chodzie i usposobieniu przyłączyło się częste przelęknienie się podczas spania, zboczenia inteligencyi i mowy, która stała się powolną i skandującą, a w końcu wystąpiło wybitne drżenie rąk przy zamierzonych ruchach. Po dziewięciomiesięczném leczeniu energiczném jodkiem potasu wewnętrznie na przemian z wewnętrzném i zewnętrzném używaniem rtęci wszystkie zmiany chorobowe ustąpiły, pozostawiwszy tylko ślad drżenia. Wyzdrowienie stwierdził autor jeszcze w roku następnym. Z braku wszelkiej innej przyczyny, z wyraźnych oznak przebytej kiły i ze skutecznego wyniku leczenia swoistego czyni M. wniosek, że w tym przypadku rzeczywiście rozchodziło się o kiłowe zmiany w naczyniach, które wywołały obraz wielokrotnego ogniskowego stwardnienia i wzywa lekarzy, aby w przypadkach *Sclerosis* tej choroby w wieku dziecięcym nie przeoczyli kiły jako przyczyny. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Leniewicz: **O przeciwropnych własnościach kreolinu.**

Wnioski co do własności kreolinu opierają się przeważnie na podstawach klinicznych, i to właśnie skłoniło autora do zbadania bezpośredniego działania kreolinu na bakteryje ropne. Za zadanie postawił on sobie 1. zbadanie wpływu kreolinu na rozwój prątków, t. j. jakie rozczyny kreolinu przeszkadzają rozmnażaniu się prątków na pożywkach i 2. rozstrzygnięcie, o ile kreolin posiada własności niszczenia zarazków ropnych, t. j. w jakim czasie i jakie rozczyny tegoż są w stanie je zabić. Dla porównania przerabiał on równocześnie te same doświadczenia z kwasem karbolowym.

Wyniki, do jakich doszedł, są następujące: 1. kreolin jest silnym środkiem antiwegetacyjnym, lecz słabo niszczącym zarazki, t. j. czyni on wprawdzie rozczyn, w którym jest zawieszony (nawet w ilości 0,05%), nie przydatnym dla dalszego rozwoju bakteryj ropnych, ale nie zabija tychże nawet w przeciągu dłuższego czasu (2 godziny) i w rozczynach dosyć zgęszczonych, bo 5%. Kwas karbolowy naodwrót posiada słabe własności antiwegetacyjne, ponieważ przeszkadza rozwojowi bakteryj dopiero wtedy, jeżeli rozczyn w pożywce dosięga 0,3%, natomiast zabija je bardzo szybko nawet w rozczynie 2%. 2. Te własności kreolinu w połączeniu z jego nieszkodliwością obiecują mu obszerne zastosowanie w chirurgii, szczególnie dla wymywania dużych jam, ponieważ nieznaczna nawet ilość jego pozostała w takiéj jamie tamuje dalszy rozwój bakteryj. Obszerne również zastosowanie powinien on znaleźć w akuszeryi po 1 sze dla tego że, zostając w macicy, zatrzymuje rozwój bakteryj, a po 2-gie że już 2% rozczyn jego w ciągu trzech minut zabija kolonie *streptococcus*, który o ile dotychczas wiadomo znajduje się sam jeden tylko w poporodowych chorobach macicy. 3. Nie należy używać kreolinu dla obmywania rąk, instrumentów itd. z powodu jego słabéj siły zabójczéj. Dla tego téż nie ma obawy, ażeby kreolin mógł wyrugować z użycia kwas karbolowy lub sublimat. Podczas tych badań zauważył autor, że *streptococcus* pod wpływem środków przeciwgnilnych może zmieniać swoją barwę. (Wracz 1889 Nr. 6 i 8). *A. W.*

Dr. Thorburn Steer (z Jamajki) opisuje przypadek urazowego złamania prawéj kości bezimiennéj u 22 letniego murzyna, poczem wkrótce wystąpiło groźne zapalenie otrzewny. W piątym dniu po złamaniu przystąpił autor do operacyi, zrobił laporatomiję, porozrywał świeżo wytworzone zrosty w jamie brzusznéj, wymył jamę otrzewnową i zaszył ranę. W 5 tygodni po operacyi chory zupełnie wyzdrowiał. *(The British Medical Journal).*

Choroby kobiece.

C. Fürst (Grac): **O działaniu morfiny, podczas ciąży, porodu i karmienia.**

Wiadomo, jak niechętnie i ostrożnie podaje się morfinę osobom ciężarnym i rodzącym, jakkolwiek nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, kiedy i w jaki sposób lek ten niebezpiecznym dla płodu się staje. Z tego więc powodu autor, opierając się na statystyce innych i własnem doświadczeniu, pragnie w pracy swéj wskazać okoliczności, w jakich morfina, podawana matce, na płód działać może szkodliwie lub nie. Liczba dokładnych spostrzeżeń nad wpływem morfiny na płód jest dosyć skąpą, gdyż morfinistki rzadko zastępują z powodu, że u nich, jak to wykazał Levinstein, szybko ustaje regularność i często przychodzi do zaniku części rodnych, a nawet w razie zastąpienia łatwo ciąża przedwcześnie zostaje przerwaną. Są jednak w literaturze wzmianki o morfinistkach, które rodziły dzieci donoszone, dzieci te jednak wkrótce po porodzie poumierały, a u niektórych z nich można było wykazać objawy, podobne do t. zw. głodu morfinowego, jak: bezsenność, rzucanie się, biegunki, wielki niepokój, nawet drgawki. Autor przeciwnie spostrzegał przypadek, w którym morfinistka trzy razy zastąpiła i porodziła za każdym razem dzieci dobrze rozwinięte, donoszone, u których żadne objawy ani bezpośrednio po porodzie, ani późniéj nie wystąpiły, które owszem chowały się dobrze i rozwijały tak pod względem fizycznym jak i moralnym zupełnie prawidłowo, prawda, że sama matka karmiła je tylko przez pierwsze dwa dni. Jedno z nich tylko zaczęło ząbkować dopiero w 18-tym miesiącu, a mówić z końcem drugiego roku życia. Z przypadku tego, w którym matka przez przeciąg każdéj z trzech ciąży wstrzykiwała sobie ogółem 1200 strzykawek 3% rozczynu morfiny, czyni autor wniosek, że przecież działanie alkaloidu tego na płód nie może być tak szkodliwem, jak powszechnie mniemają i że lek ten, oczywiście w małéj dawce i ostrożnie ciężarnym podawać można, bez obawy jakiegokolwiek złego wpływu na życie i zdrowie płodu. Jako wskazania do podawania morfiny w ciąży przytacza autor: zapalenie płuc — uporczywe wymioty, rzucawkę porodową u osób niedokrewnych (zamiast stosowanego powszechnie chloroformu), a zwłaszcza zagrażające poronienie, opierając się na przypadku, również przez siebie spostrzeganym, w którym, mimo rozpoczętéj przedwcześnie czynności porodowéj udało się przy pomocy małych dawek morfiny ciążę aż do końca utrzymać. Czy stosowanie morfiny u osoby rodzącéj może stać się niebezpieczném, nie da się dokładnie powiedzieć, doświadczeń bowiem pod tym względem jeszcze mało. Fehling n. p. utrzymuje stanowczo na podstawie trzech spostrzeganych przypadków, że morfina, nawet w małéj dawce, przedłuża poród i przez to samo już szkodliwie na życie płodu wpływa. Autor przyznając, że dwie dawki mogą w istocie stać się niebezpiecznemi, twierdzi, że małe tylko wtedy, gdy z jakichkolwiek przyczyn czynność porodowa się przeciąga, tak, że płód przez czas dłuższy po zastosowaniu morfiny po-

zostaje w macicy. Płód wtedy, zdaniem autora, staje się mniéj odpornym na zmiany, jakie każdy skurcz macicy w krążeniu płodowém wywołuje, i dlatego łatwiéj może obumrzeć. Przestrzega więc autor przed stosowaniem morfiny, nawet w małéj dawce, u rodzących, u których spodziewać się można długo trwającego porodu. Morfina może również i przez mleko matki na oseska działać. Tu przytacza autor przypadki głębokiego snu, kilkanaście nawet godzin trwającego, w jaki popadały dzieci po każdém karmieniu, jakoteż przypadek głodu morfinowego u oseska odłączonego po 14-stu dniach od matki zażywającéj przez ten czas morfinę, który ustąpił dopiero po podaniu dziecku stosunkowo znacznéj ilości makowca. Morfina zresztą na skład jakościowy i ilościowy mleka nie wpływa. Zanik gruczołów mlecznych, spostrzegany u morfinistek, idzie w parze z zanikiem części rodnych pod wpływem przeciągłego i nadmiernego używania morfiny. Na zakończenie przestrzega autor, aby chcąc ciężarną morfinistkę odzwyczaić od tego nałogu, postępować bardzo ostrożnie i pomału zmniejszać dawkę, a nie uciekać się przytém wcale do kokainy, w któréj upatruje równie niebezpiecznego jak morfina wroga ludzkości. (*Wien. klin. Woch.* 1889 Nr. 10—11).

Dr. Langie.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawa wodociągowa krakowska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Zakłady przemysłowe konsumują bardzo wiele wody, a potrzebują właśnie do swych procederów wody dobréj, jakiéj przymioty opisaliśmy w jednym z poprzednich ustępów, potrzebują mianowicie wody nie tylko do saméj fabrykacyi, ale i do maszyn parowych. Biorąc pod uwagę same tylko browary, to wiadomo, iż potrzebują one wody 4-krotną ilość wywarzonego piwa.

Urządzenia miejskie wpływają na konsumcyję wody głównie dwoma sposobami: systemem kanalizacyjnym i systemem utrzymywania powierzchni ulic. Kanalizacyja spławna, t. j. dopuszczająca materyje kloaczne do kanałów publicznych i posuwająca je naprzód mocnym prądem wody, wymaga oczywiście dużo wody tem bardziéj, iż we własnym interesie popiera system waterklozetów. Natomiast tam, gdzie przyjęto system dołowy, nie wolno używać waterklozetów albo tylko za bardzo wysoką opłatą od wywozu wodą bardzo rozrzedzonych materyj kloacznych. Znaczny także wpływ na konsumcyję wody ma brukowanie lub szosowanie ulic i placów publicznych. Ulice brukowane mniéj wydają pyłu a tem samem daleko mniéj potrzebują wody; zupełnie zaś przeciwnie rzecz się ma z ulicami i placami szosowanemi. Ponieważ w wielu miastach niemieckich, dużych nawet, jak n. p. Sztutgart, przekonały się władze miejskie, iż nie jest rzeczą praktyczną brukować ulice tam, gdzie w ziemi są rury wodociągowe, kanały, rury gazowe, druty telegrafu pożarnego, a nieraz i telegraf publiczny, bo ciągłe kopanie dołów i następnie ich zasypywanie nie pozwala na utrzymanie bruku w porządku, przeto wolą ulice szosować a obfitem polewaniem zapobiegać pyłowi. Tym sposobem wzmaga się konsumcyja wody w miesiącach osobliwie letnich i powiększa się tem samem ilość spotrzebowanéj na głowę wody.

Systemów dostarczania wody z wodociągów jest bardzo wiele; podzielić je jednak można na dwie grupy: dostarczanie wody bez kontroli i pod kontrolą. Przy dostarczaniu wody bez kontroli może konsument, t. j. zazwyczaj właściciel domu, pobierać tyle wody, ile mu się podoba, bo nie płaci za ilość skonsumowanéj wody, ale wnosi opłatę na wodociągi według innego prawidła, n. p. od powierzchni zamieszkanych ubikacyj i t. d. Przy dostarczaniu wody pod kontrolą otrzymuje konsument wodę albo przez kurek kalibrowany, tak, iż gdyby nawet ciągle kurek ten był otwarty, więcéj mu wody nie wypłynie, niż oznaczono, albo, co bywa najczęściéj, za pomocą wodomierzy wykazujących dosyć dokładnie ilość czyli objętość skonsumowanéj wody. Łatwo pojąć, iż przy dostarczaniu wody bez kontroli, osobliwie, jeżeli jest jeszcze kanalizacyja spławna, konsumcyja wody wzrasta nadzwyczajnie, wyrabia się proste marnowanie wody bez celu i bez potrzeby, bo konsument nie ma żadnego osobistego interesu w oszczędzaniu wody, a dobra publicznego zazwyczaj nie umie cenić najeżycie. Tak n. p. było w Berlinie, gdzie mimo ciągłego powiększania wydatności wodociągów wody było zawsze za mało, ponieważ konsumcyja dzienna na głowę rosła nadzwyczajnie i w końcu doszła do tego, iż wynosiła najmniéj 117 litrów. Jakkolwiek Berlin jest miastem bardzo zamożnem i w jeziorze Tegielskiem, z którego czerpie, ma olbrzymie zapasy wody do dyspozycyi, postanowiła władza miejska w słusznem uwzględnieniu dobra publicznego położyć kres takiemu niepotrzebnemu marnotrawstwu i zaprowadziła wodomierze: konsumcyja spadła natychmiast na 62·8 litra na głowę a miasto nie straciło nic na ogólnéj czystości, a co najważniejsza, stan sanitarny bynajmniéj się nie pogorszył. Tak samo było w Karlsruhe: tam w końcu doszło do tego, że byli konsumenci, którzy potrzebowali wody po 32 m^3 dziennie, a gdy im zaprowadzono wodomierze, zeszli na 1·5 m^3 dziennie i egzystują tak dobrze, jak przedtem. Nie ulega przeto najmniejszéj wątpliwości, że system dostarczania wody ma bardzo wielki wpływ na konsumcyję. Dlatego też w obec marnowania bez celu coraz więcéj miast zaprowadza u siebie wodomierze albo ogólnie w miarę potrzeby i ogranicza tym sposobem konsumcyję wody do prawdziwéj potrzeby a bez najmniejszego uszczerbku dla zdrowia publicznego, którego poprawa jest głównym celem budowy wodociągów.

Po tych uwagach nie będzie wielkich trudności w wybraniu miasta, którego konsumcyja mogłaby być wzorem dla Krakowa. Mając na uwadze, że z wydatnością wodociągu rośnie *ceteris paribus* koszt budowy i utrzymania, że Kraków nie ma pieniędzy na zbytki, ale musi je znaleźć na poprawę zdrowia publicznego, jako nieodzownego warunku swego istnienia i wzrostu w przyszłości, wybrać należy te miasta na wzór, które swem położeniem jeograficznem, klimatem, dobremi urządzeniami gminnemi, a nadewszystko pomyślnemi stosunkami sanitarnemi dają wszelkie rękojmie, iż konsumcyja wody u nich jest bardzo zbliżona do téj, jaką mieć można w Krakowie. Nie powinno się więc szukać takich wzorów ani w Ameryce, ani na południu, ani nawet na samym zachodzie Europy, t. j. we Francyi, Belgii lub Anglii, lecz obejrzeć się trzeba na dobrze administrowane miasta w cesarstwie niemieckiem i w Austryi, jako krajach klimatem swym a głównie opadem atmosferycznym najbardziéj do Krakowa zbliżonych. Za takie uznać należy: Wiesbaden z konsumcyją dzienną na głowę 65 litrów, Berlin 62·8, Poznań 40·4 i starajmy się wzięcie tych miast za przykład usprawiedliwić.

Wiesbaden ma ludności 50.238, jest cały skanalizowany, waterklozety są pozwolone i jest, jak wiadomo, europejskiem miejscem kąpielowem. Nie jest fabryczny. Nadaje się więc na przykład Krakowowi.

Berlin ma ludności 1,122.300, nie jest jeszcze cały skanalizowany; waterklozety tam, gdzie są w ulicach kanały, są nietylko pozwolone, ale nawet nakazane. Jest miastem o znacznym przemyśle. Największa konsumcyja dzienna od czasu zaprowadzedzenia wodomiar wynosiła 79067 m^3 czyli 70·5 litra na głowę. Nadaje się na przykład, bo wskazuje, jak wielką jest konsumcyja w mieście bardzo zamożnem i pod względem sanitarnym wzorowo administrowanem.

Poznań ma ludności 65.713 i od r. 1866 wodociągi z Warty. Wodociąg ten urządzony jest na 14400 m^3 dziennéj wydatności, potrzeba jednak tylko średnio 2659 m^3. Największa konsumcyja dzienna wyniosła 4403 m^3 czyli 67 litrów na głowę.

Sądzę, że przykłady te miast wzorowo administrowanych i posiadających wielkie zasoby wody do dyspozycyi wystarczą do wykazania, że nie będzie omyłki, jeżeli konsumcyję wody z wodociągów obliczy się dla Krakowa 65 litrów na dobę i głowę, t. j. wezmie z miast powyżéj przytoczonych Wiesbaden, jako mający największą konsumcyję i jako europejskie miejsce kąpielowe mogące służyć najlepiéj za przykład Krakowowi, o którym w Radzie miejskiéj nieraz się słyszeć dały głosy, że to tylko wielki hotel, jak na teraz, bez dobréj wody.

Z tem przypuszczeniem 65 litrów zgadza się najzupełniéj obliczenie znanego inżyniera wodociągowego E. Grahna, który na podstawie zdań sprawy z administracyi miejskiéj obliczył dla 80 większych miast niemieckich dzienną konsumcyję na głowę na 63 litry, tudzież obliczenie A. Wingena, budowniczego w Głogowie na Szląsku pruskim, który konsumcyję dzienną dla miast niefabrycznych podaje przy użyciu wodomierzy na 60—70 litrów, bez wodomierzy na 70—100 litrów. A. Wingen nadmienia wyraźnie, że w latach dawniejszych obliczano konsumcyję dzienną

na głowę na 150 litrów, lecz że już w r. 1880 inżynier Thiem wykazał na zjeździe techników wodociągowych w Heidelbergu, że cyfra ta jest bardzo przesadzona dla miast niefabrycznych, potrzebujących wody w celach sanitarnych, a odnosi się do miast, gdzie budowano wodociągi z powodów także finansowych, gdzie zatem chodziło rzeczywiście o jak największą konsumcyję wody.

(Ciąg dalszy nastąpi).

(†) „The Sanitary News" zwraca uwagę na możność zakażenia się za pomocą marek pocztowych: 1) przez posyłanie marek dla odpowiedzi, przyczem zwykle zwilża się śliną brzeg marki i przykleja się takową do listu. Jeżeli używający takiej marki będzie się posługiwał tym samym prymitywnym sposobem naklejania, to bardzo łatwo może się zakazić. 2) Jeżeli marki leżą w pokoju chorego, to mikroby chorobotwórcze mogą na nich osiąść i w ten sposób przenieść zarazę. (*Wracz*, 1889 r. Nr. 9).

A. W.

(†) Dr. Pileur na podstawie dat, zebranych w szpitalu Saint-Lazare, podaje, że w Paryżu na 100 ciężarnych kobiet cierpi 14 na kiłę. Na 100 płodów poczętych przez kobiety zarażone kiłą, przeżywa 1-szy miesiąc swego życia zaledwie 7. Ztąd wynika, że na 64657 porodów mających miejsce co roku w Paryżu rodzi się od syfilityczek 9951 dzieci, z których 8418 umiera w macicy, albo wkrótce po przyjściu na świat, a tylko 683 przeżywa pierwszy miesiąc. Na 100 więc dzieci poczętych przez paryżanki umiera 13 z powodu kiły ich matek. (*Meždunarodn. klinika* 1889 Nr. 1). *A. W.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 8 maja. Otrzymaliśmy list następujący od kol. Obtułowicza w Buczaczu: W sobotę dnia 27/4 r. b. odbyło się Walne posiedzenie Tow. lek. galic., na którem poruszono kilka spraw bardzo ważnych a mianowicie: *a*) sprawę partactwa lekarskiego; *b*) sprawę powszechnego szczepienia za pomocą krowianki; *c*) sprawę kas brackich i kas dla chorych oraz *d*) sprawę drukowania rozporządzeń Ministerstwa w łamach *Przeglądu Lekarskiego*.

Co do szczepienia powszechnego za pomocą krowianki poruszonego w mój rozprawie drukowanej w Nrze 45 *Przeglądzie Lek.*, to sprawa ta poparta przez naszego posła hr. Wolańskiego i ujęta w ręce referenta posła Hoszarda oraz gorliwie popierana przez biuro sanitarne Namiestnictwa znajduje się na najlepszéj drodze i w bieżącym roku na najbliższéj sesyi sejmowéj zostanie z pewnością w sposób ustawodawczy przeprowadzoną. Na rok bieżący wezwał Wydział krajowy wszystkie Wydziały powiatowe, aby z własnych funduszów uchwalały zasiłki potrzebne na zakupno krowianki i tak n. p.: powiat Buczacki przeznaczył 60 złr., a miasta nadto zakupują krowiankę dla siebie przeznaczając po 6 do 12 złr. w. a.; powiat Horodeński zakupuje krowiankę na 5000 dzieci, powiat Sokalski za pośrednictwem datków gminnych wszystkie dzieci postanowił szczepić krowianką.

We Lwowie obok zakładu krowiankowego Kubickiego, który po 6 złr. sprzedaje miazgę krowiankową, wystarczającą do zaszczepienia co najmniéj 100 dzieci, powstaje drugi zakład krowiankowy pod kierunkiem prof. Barańskiego.

Tym sposobem na właściwe drogi weszła piekąca kwestyja szczepienia ospy, a ponieważ doświadczenie ponowne poczynione w czasie tegorocznéj epidemii ospowéj pouczyło mnie, że zbieranie limfy z dzieci jest wprost dla nich szkodliwe, bo pozbawia je skutecznej ochrony i naraża bezpotrzebnie na zarażenie się przyrzutem ospowym w razie panowania epidemii, przeto przesadne trochę zdanie kol. Barzyckiego, że dotąd 57000 złr., przeznaczanych na szczepienie coroczne, uważać należy za grosz zmarnowany, wyrzucony, ma wiele racyi i zasługuje na uwagę.

Co do kas gwareckich i kas dla chorych, to szan. Redakcya otrzyma w téj mierze od Rady zawiadowczéj odpowiedni artykuł, wzywający lekarzy do solidarnego postępowania przy układach z temi kasami, gdyż otwiera się im ważne, nowe źródło dochodu.

Co do drukowania rozporządzeń Namiestnictwa na wniosek mój i prof. Dra Czyżewicza uchwalono, że Rada zawiadowcza postara się o to, aby z ekspedytu Namiestnictwa zawsze 1 egzemplarz okólnika sanitarnego był nadsyłanym wprost do Redakcyi *Przeglądu Lekarskiego*, a organ ten nawzajem ma je drukować w łamach swych i w odbitkach oraz ustanowić wynagrodzenie, jakie pobierać będzie za drukowanie rozporządzeń i rozsyłanie ich prenumeratorom.

* Rada sanitarna węgierska oświadczyła się przeciw wszelkim publicznym przedstawieniom hipnotycznym, jako szkodliwym tak dla mediów, jakoteż dla widzów, oraz za tem, że tylko lekarze powinni mieć prawo stósowania hipnotyzmu.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu oświadczyło Namiestnictwom, że lekarzom powiatowym nie wolno przyjmować posad lekarzy zakładowych, ani też mieć zajęcie poboczne, któreby pociągnąć mogło za sobą brak bezstronności w wykonywaniu obowiązków służbowych.

* Wydział Rady powiatowéj chrzanowskiéj za wstawieniem się lekarza powiatowego uchwalił również 50 złr. na zakupno krowianki na rok b.

* **Rosyja**. Opuszczają posadę profesorów w Petersb. med.-chirurg. akademii: prof. desmurgii i mechanurgii Karpiński, zabalotowany po 30 letniéj służbie, i prof. chirurgii Pelechin, zabalotowany po 25-letniéj.

* **Francyja**. Podczas wystawy międzynarodowéj paryskiéj odbędą się między innymi zjazd dentystów i osób zajmujących się polepszeniem losu ślepych.

Pomoc lekarska na Wystawie paryskiéj będzie się składać z 23 lekarzy.

* **Zmarli**: w Gorycyi Dr. Henryk Halski, zdolny i zacny lekarz, dawniéj w Bystrej, a późniéj w Cieszynie na Szląsku praktykujący, liczący lat 31 zaledwie; w Krakowie doktorand medycyny Jan Hankiewicz w 20-tym roku życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W Gazecie Lek. Nr. 18: Feilchenfelda: Rozsiane zap. nerwów, cukromocz; Matlakowskiego: 3 przyp. podw. tętnic tarczowych; Trzebińskiego: Rozsiane zap. mięśni; w *Nowinach Lek.* Nr. 5: Misiewicza. Poszukiwania nad inerwacyją nerki; Szadka: Stósowanie kw. salicyl. w praktyce derm. i syfil. (dok.); Witkowskiego: Chlorek filokarp., jako swoisty środek p. żółtaczce; Zaleskiego: O niestosowności alumin. cewek tracheot; Alkiewicza: niebez. p. podaw. wielk. dawek eks. filic. maris aeth.; w *Medycynie* Nr. 18: Rogowicza: Wskazówki do zapobieg. powstawaniu zakaż. połogowego w praktyce prywatnéj.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 maja r. b. o godz. 6 popoł. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem prócz niezałatwionych na poprzedniem posiedzeniu przedmiotów prof. Cybulski zda sprawę z doświadczeń Dra Sawickiego z Grajewa o zjawiskach elektrycznych w nerwach pod wpływem alkoholu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 18 Maja 1889. Nr. 20.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki.

Podał
Dr. Antoni Mars
Docent położnictwa w Uniw. Jagiel.

W położeniach płodu miednicowych, dopóki położenie nie jest jeszcze ustalone, można nóżki do pochwy sprowadzić; po ustaleniu zaś położenia, jeżeli nóżki lub kolanka poprzedzają, możemy w razie potrzeby, chwytając za nie, płód na zewnątrz z przewodu rodnego zwykle łatwo wydobyć. W przypadkach tych mamy rękojeść, za którą chwycić i pociągać możemy, a tą rękojeścią są nóżki lub kolanka płodu.

Inaczéj rzecz się przedstawia, jeżeli mamy położenie płodu miednicowe zupełne, lub pośladkowe już ustalone, albowiem wówczas nie mamy rękojeści, za którąby pociągać można, gdyż nóżki ani kolanka nie poprzedzają. W przypadkach tych, dopóki pośladki płodu stoją jeszcze we wchodzie miednicy, t. j. są wysoko ustawione, a powstaje wskazanie do szybkiego ukończenia porodu, położnik często znajduje się w przykrem położeniu, bo jest prawie bezsilnym. Sposoby w tych razach w celu sprowadzenia pośladków zalecane i używane, albo się nie udają, a tem samem i do celu nie prowadzą, albo są dla płodu niebezpieczne, a lekarz chcąc działać łagodnie, nieraz godzinami pracuje, zanim mu się uda pośladki niżéj sprowadzić, lub zanim pod wpływem bólów porodowych same nie zstąpią na dno miednicy. Jeżeli pośladki zstąpią na dno miednicy, położnik jest znów panem położenia od chwili, gdy może wygodnie zahaczyć palce wskazujące swych rąk w pachwiny płodu, wtenczas bowiem jeżeli niema przeszkód wyżéj, n. p. *strictura orif. uteri interni* może za pomocą tychże z łatwością pośladki na zewnątrz wytoczyć. Trudności wydobywania pośladków wysoko ustawionych znał już Hippokrates i zalecał w każdym przypadku położenia pośladkowego zawczasu obrót na główkę, podczas gdy Celsus radził sprowadzenia nóżek również zawczasu, ażeby tym sposobem zapewnić sobie możność działania.

Wszyscy też autorowie po dzień dzisiejszy zalecają, aby tam, gdzie zachodzi obawa szybkiego ukończenia porodu, sprowadzić zawczasu nóżki. Sprowadzenie nóżek musimy uważać jako środek zapobiegawczy wobec trudności, jakie nas w danym przypadku spotkać mogą i jest on bardzo dobrym, jeżeli się go jeszcze wykonać uda. Jak skoro jednak pośladki są ustalone, sprowadzenie nóżek jest niemożebnem bez uszkodzenia tychże. Dlatego też od najdawniejszych czasów podawali różni autorowie coraz to nowe sposoby wydobywania pośladków już ustalonych, a wysoko ustawionych. Sposoby te jużto bywają próbowane, to znów porzucane i ponownie zachwalane, a zdania autorów są tak sprzeczne i różnorodne, że kto sam ich nie wypróbował i dobrze się z niemi nie zapoznał, nie może sobie na podstawie literatury wyrobić zdania — taki panuje chaos.

Wszystkie sposoby możemy podzielić na zabiegi ręczne i na zabiegi za pomocą instrumentów. Piewszy zabieg ręczny podany został przez Mauriceau (*der Schwang. und Kreisend. Weibs-Person Allerbeste Hülfeleistung* 1681, str. 377), który zaleca wprowadzić jeden lub dwa palce jednéj albo obu rąk haczykowato w pachwiny płodu i za pomocą tychże pociągać płód ku dołowi. Sposób ten ogólnie został przyjęty i do dziśdnia jest sposobem klasycznym wydobywania płodu za pośladki. W przypadkach tych, w których warunki topograficzne są tyle korzystne, że palce haczykowato zagięte w obie albo przynajmniéj w jedną łatwiéj dostępną, t. j. ku przodowi matki położoną pachwinę założyć wygodnie można, sposób ten prowadzi do celu. W przypadkach jednak, w których pośladki stoją wysoko i pachwiny płodu dla naszych palców nie są dość dostępne, zabiegi nasze mogą być bardzo utrudnione, albo nawet zupełnie uniemożebnione. Wykonywanie tego zabiegu w niekorzystnych warunkach wielu autorów zalicza do najcięższych operacyj położniczych, jak n. p. Späth (*Comp. d. Gebhlfe* 1857, str. 364), Naegele (*Lehrb. d. Gebhlfe* 1867, str. 383), a Fritsch (*Klinik d. geb. Operat.* 1876, str. 118) powiada, że godzinami męczyć się mo-

żna, zanim się pośladki na dno miednicy sprowadzi. Podobnie zapatrują się Hüter (*Comp. d. geb. Operat.* 1877, str. 200), Schroeder (*Lehrb. d. Gebhlfe* 1888, str. 324).

Palcem haczykowato zagiętym wtenczas możemy tylko skutecznie pociągać, jeżeli palec przytem jest dostatecznie zagięty, w przeciwnym bowiem razie, mimo że palec jest zahaczony, nie mamy dość rozwiniętej siły, aby skuteczne pociąganie wykonać. Nadto jak Fritsch (l. c.) słusznie podnosi, zadaniem naszem jest ciągnąć pośladek ku przodowi położony w kierunku osi miednicy, która się w miednicy małej zwraca ku przodowi, co udać się może tylko wtenczas, jeżeli wygodnie dostatecznie haczykowato zagięty palec w pachwinę płodu wprowadzić możemy, w przeciwnym razie niedostatecznie zahaczając palce, o pociąganiu nie możemy myśleć, tylko możemy spychać pośladek ku tyłowi i ku dołowi, a w takim razie działamy wbrew naturalnemu mechanizmowi. Zaprzeczyć się zapewne nie da, że okoliczność, czy operator ma krótkie lub długie palce, ważną tu rolę odgrywa i nie w jednym może przypadku, w którym jeden operator rady dać sobie nie może, drugiemu zabieg udać się może. Bądź co bądź sposób ten jest niedostatecznym i dlatego Boër, a później Braun (*Lehrb. d. Gebhlfe* 1857 str. 807) radzą w razie, gdy sposób wyż opisany się nie udaje, aby wejść całą ręką do pochwy, ująć nią pośladki i założyć w jedną pachwinę płodu palec wielki, haczykowato zagięty, w drugą zaś palec wskazujący w tenże sam sposób, a ściskając pośladki i trzymając je tym sposobem w ręku, nadół je sprowadzić. Sposób ten w wielu przypadkach może prowadzić do celu, nie jest jednak zbyt łatwym do wykonania. Podczas tego zabiegu pośladki muszą spoczywać na dłoni i brzegu ręki pomiędzy palcem wielkim i wskazującym, zahaczenie zatem palców w pachwiny płodu wobec objętości pośladków nie jest łatwem i dostatecznem, aby dawało pewny punkt zaczepienia i aby można skutecznie pociągać. Aby módz tak uchwycone pośladki na dno miednicy sprowadzić, potrzeba koniecznie albo silnie pośladki ścisnąć, albo też trzeba być panem bardzo silnych i długich palców. Silne uciśnięcie pośladków nie może być obojętnem dla delikatnej miednicy płodu, której części chrząstkami poprzedzielane, łatwo uszkodzić można. Hohl (*Lehrb. d. Gebhlfe II Aufl.* 1862, str. 861) radzi zmienić sposób przez Mauriceau podany o tyle, aby palec wskazujący jednej ręki wprowadzić do pachwiny płodu, a palec wielki oprzeć na pośladku, aby tym sposobem podeprzeć działanie palca wskazującego. Tenże autor radzi dalej, aby w razie gdy to się nie udaje, po wprowadzeniu ręki całej do pochwy, zahaczyć w pachwiny płodu palec wielki i średni zamiast wskazującego, jak radzą Boër i Braun. To, co powiedziano o sposobie podanym przez Boëra i Brauna, odnosi się i do sposobu podanego przez Hohla; przez zamianę bowiem palca wskazującego na średni wiele uzyskać nie możemy. Za niewielką wartością tych modyfikacyj przemawia i okoliczność, że autorowie późniejsi pomijają je w swych dziełach. Fritsch (l. c. str. 124) poleca metodę wygniatania płodu według Kristellera jako pomocną. Obok tego twierdzi, że można dwoma palcami wprowadzonemi do odbytnicy dostać się do wysokości grzebienia kości biodrowej płodu i za takowy skutecznie pociągać. Dostanie się takie jest możebnem tylko wobec pośladków nisko ustawionych, w trudnych przypadkach nie może mieć zatem zastosowania. Metodę wygniatania płodu zaleca także Schroeder (l. c.) jako pomocną, sądzę jednak, że wiele korzyści ten sposób przynieść nie może tam, gdzie drogi porodowe miękkie nie są jeszcze dostatecznie rozszerzone i przedstawiają znaczny opór postępującym częściom płodowym. Metoda Kristellera jest bardzo dobrą wszędzie, gdzie już jedna część większa płodu przez kanał rodny przeszła i gdzie idzie o wystąpienie następnych. Na temże miejscu radzi nadto Schroeder, aby operując sposobem przez Mauriceau podanym, jeżeli zahaczymy tylko palec jednej ręki w pachwinę płodu ku przodowi położoną, aby ręką drugą uchwycić silnie nadgarstkową okolicę ręki pierwszej i razem obiema rękoma silnie pociągać, przyczem dodaje, że w łatwych przypadkach można sobie tym sposobem dopomódz, w cięższych zaś nic to nie pomaga.

Do sposobów ręcznych dalej zaliczyć należy sposób podany na posiedzeniu Tow. lek. warszawskiego przez Konitza (*Pamięt. Tow. lek. W.*, tom 63 str. 68, 1870), aby wprowadzić palec wskazujący do odbytnicy płodu i końcem tegoż zahaczonym pociągać płód ku dołowi. Palec, w ten sposób użyty, niema dostatecznego punktu zaczepienia i w cięższych przypadkach zabieg się nie uda, albo może prowadzić do obrażenia kości krzyżowej podczas zbyt silnego pociągania i silniejszego zahaczenia palca. Można sposobu tego użyć na płodach nieżywych.

Co do sposobów operacyjnych za pomocą instrumentów, to Pen (*La pratique des accouchments* 1694, str. 420) radził użyć pętli obrotowej. W tym celu zwija się koniec pętli podobnie jak bandaż i zwitek ten stara się końcami dwóch palców wsunąć po nad pachwinę płodu ku przodowi położoną, między udo a brzuszek, co gdy się udało, należy palcami temi samemi iść między uda płodu i zwitek pętli na dół sprowadzić, uchwycić i koniec pętli ściągnąć, a potem założoną tym sposobem pętlę w celu wydobycia płodu za oba końce równocześnie pociągać.

Wielu autorów zaleca ten sposób jak: Smellie, Giffard, Froriep, Meigs, Gregory, Hecker (*Klinik d. Geburtsk.* II, 1864, str. 61), Hörner (*Die prakt. Gebhlfe*, 1887, str. 206), Schroeder (l. c.) uważa go za mniej od innych sposobów niebezpieczny, Winckel (*Lehrb. d. Gebhlfe* 1889, str. 679) uważa założenie pętli w trudnych przypadkach jako sposób najłagodniejszy. Schmitt (*Schmidts Jahrb. Bd.* 161, str. 162) podał osobną pętlę opatrzoną kółkiem z kości słoniowej, w celu łatwiejszego jej zaprowadzenia. Poppel (*Monatschr. f. Gebhlfe, Bd. XXXII*, str. 190) podał w tymże celu inną w postaci podobnej do rurki Belloqua. Weckbecker-Sternefeld (*Archiv f. Gyn. Bd. XVIII*, str. 323) poleca taśmę ołowianą zamiast pętli. Bunge (*Centralbl. f. Gyn.* 1881, str. 179) radzi zamiast pętli sznur powleczony drenem i podaje przyrząd do zaprowadzenia takowego. Rosenberg (*Centralbl. f. Gyn.*) podaje przyrząd do zaprowadzenia pętli. Giffard, a w nowszych czasach Königsberg (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1877, Nr. 27) radzą zakładać pętlę tak, aby leżała po nad obiema pachwinami płodu i aby równocześnie okalała okolicę kości krzyżowej, końce zaś aby się zwieszały między udami płodu.

Przeciw używaniu pętli występuje wielu autorów i ganią ją zupełnie i tak: Späth (l. c.), Hohl (l. c.) Hüter (l. c. str. 201), Spiegelberg (*Lehrb. d. Gebhlfe Bd. II.* 805, 1878), Küstner (*Volkmanns Samml. klin. Vorträge* Nr. 140), Braun (*Lehrb. d. gesammt. Gynaekologie* 1881, s. 748), Schauta (*Grundriss d. geb. Operat.* 1885 str. 130). Zarzuty słuszne polegają na tem, że w przypadkach trudniejszych założenie samej pętli jest nader trudnem i mozolnem, a nawet może się nie udać, albowiem uda płodu przylegają szczel-

nie do brzuszka, pętla nasiąka wodą płodową, staje się szorstką, lepi się i niedaje się łatwo w sposób właściwy przeprowadzić. Za pomocą sposobu przez Poppela podanego udaje się założenie łatwiéj; jeżeli jednak założenie się udało, to łatwo wśród pociągania za nią powstają znaczne obrażenia płodu, a mianowicie: złamanie uda, głębokie przecięcia skóry brzegiem pętli w pachwinie płodu, starcia skóry, naciągania mięśni i t. p.

Smellie podał inny instrument, t. j. hak tępy, półkolisto zagięty, który radzi zaprowadzić w pachwinę płodu ku przodowi położoną i za pomocą takowego pośladki ściągnąć. W celu założenia należy najpierw pół ręki odpowiedniéj wprowadzić do części rodnych, aby końce palców leżały między okolicą pachwinową płodu, a częściami miękkiemi matczynemi, potem na płask ułożony hak wprowadzić między końce palców a płód i gdy się wysokości pachwiny płodu dosięgło, przesunąć końcami palców koniec haka między udem a brzuszkiem płodu, przekonać się następnie, czy koniec haka znachodzi się między udami i pociąganie dopiero wywierać.

Peu, Kilian, Grenser, Osiander, Boër, Champion, Haake polecają użycie haka tępego, a niektórzy podają modyfikacyje samego narzędzia jak: d'Outrepont, Ostertag, Sander, Hamilton *(Centralbl. f. Gyn.* 1882, str. 19), Wasseige *(Des oper-obstets. Liège* 1881, p. 157). W nowszych czasach Scansoni *(Lehrb. d. Gebhlfe Bd. III* s. 125) poleca hak przed innemi instrumentami. Fritsch (l. c. str. 122) i Zweifel *(Lehrb. d. Oper. Gebhlfe* 1881, str. 218) polecają go, a Schroeder (l. c.) tylko w razie konieczności.

Założenie haka w pachwinę płodu jest stosunkowo łatwem, należy je jednak wykonywać bardzo ostrożnie, gdyż koniec jego, aczkolwiek tępy, może bardzo łatwo obrazić delikatne części płodowe, a w szczególności części płciowe. Wobec poczynionych doświadczeń, że po wydobyciu pośladków za pomocą haka znachodzono znaczne obrażenia części płodowych, a mianowicie: złamania uda, zwichnięcie stawu biodrowego, odgniecenie i obrażenie skóry w pachwinie i na częściach płciowych, wielu autorów gani użycie haka na płodach żywych i używa go tylko na płodach nieżywych. Do ostatnich należą: Späth (l. c.), Naegele *(Lehrb. d. Gebhlfe* 1867, str. 385), Hüter (l. c. str. 201), Kormann *(Lehrb. d. Gebhlfe* 1881, str. 317), Stahl *(Gebhfl. Operationslehre* 1883, str. 99), Hörner (l. c.). Wielu autorów gani ten sposób zupełnie, albo uważa go za zbyteczny, jak Chiari, Braun (l. c.), Schauta (l. c.), Winckel (l. c.).

Zarzuty podniesione przeciw hakowi używanemu na płodach żywych są słuszne i dzisiaj mało kto go używa. W klinice krakowskiéj używa się go jedynie na płodach nieżywych, gdzie z wielką korzyścią użytym być może, jak się o tem przekonać miałem sposobność. Ostertag i Rosshirt radzą użycia dwu haków tępych równocześnie na obie pachwiny płodu założonych. Steidele, Gergens *(Kilians Armamentarium Lucinae novum* T. XII, Nr. 6, 7.), Ruhstrat *(Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XXXII* p. 16), Iltgen *(Berl. Beiträge z Geburtsk. Bd. I.)*, każden podaje osobne kleszcze pośladkowe z dwu haków złożone.

Miles *(Amer. journ. of. obstetr.* 1879, Bd. XII, p. 155) podaje kleszcze pośladkowe według zasad kleszczy główkowych zbudowane. Sposoby te łączą niekorzyści haka pojedyńczo użytego, są trudniejsze do wykonania, a korzyści nie przedstawiają żadnych, słusznie przeto zapomniane, dziś do historyi należą.

Levret *(L'art d'accouch., 2 ed.* § 620) polecił zwyczajne kleszcze główkowe do zakładania na pośladkach, aby za pomocą nich pośladki, tak jak główkę na zewnątrz wydobyć. Za nim poszli Wrisberg, Stein starszy i wielu innych. Autorowie ci zalecają łyżki zakładać tak, aby przypadały na boki miednicy płodu. Haake *(Archiv f. Gynaek. Bd. XI*, str. 558) radzi użycia kleszczy na pośladkach, ale poleca je inaczéj zakładać, a mianowicie: jedną łyżkę na tylne powierzchnie ud, drugą zaś na okolicę kości krzyżowej płodu, aby największa objętość pośladków wraz z udami leżała w wygięciu główkowem kleszczy, końce zaś łyżek zbliżone, aby leżały za pośladkiem ku tyłowi zwróconym. Spiegelberg (l. c. Bd. II, str. 806) zgadza się na używanie kleszczy tylko w sposób przez Haakego podany. Hüter (l. c.) poleca również kleszcze, radzi je jednak tak zakładać, aby łyżki leżały na obu krętarzach wielkich. Kormann (l. c.), Lange (l. c. str. 487), Scanzoni (l. c. str. 126) godzą się z pewnemi zastrzeżeniami na ten sposób, inni zaś jak Baudelocque, Lachapelle, Weidmann, Flamant, Schweighaüser, Hohl (l. c.), Braun (l. c.), Späth (l. c. str. 364), Naegele (l. c.), Fritsch (l. c. s. 121), Zweifel *(Lehrb. d. Gebhlfe* 1887, str. 690), Hörner (l. c. s. 207), Schauta (l. c.), Schroeder (l. c. str. 325) ganią go zupełnie.

Następujące zarzuty czynią temu sposobowi operowania, a mianowicie: 1. że kleszcze są zbudowane dla ujęcia niemi główki, do jéj kształtu i objętości zastosowane, nie mogą się nadawać do ujęcia ciała innego, mniéj pojemnego, mniéj zbitego i w ogóle mniejszego; 2. że założone ześlizgują się łatwo w przebiegu operacyi, za czem idzie możność uszkodzenia dróg porodowych matki: 3. że jakolwiekbądź założone sprowadzają łatwo obrażenia części płodowych. (Dok. nast.)

II. Chirurgiczne leczenie ropnego wysięku opłucny.

Podał
Dr. H. Schramm,
operator szpitala św. Zofii we Lwowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

W podobnych więc przypadkach trzymałbym się nadal postępowania zalecanego przez Senatora, t. j. ostrożnego, częściowego, a częściej powtarzanego wypuszczania ropy za pomocą punkcyi. Przy tem bowiem możemy regulować ilość płynu, jaką bez szkody dla chorego można naraz wypuścić, a płuca powoli przyzwyczajają się do zmienionego ucisku. Wprawdzie postępowanie to nie doprowadzi do radykalnego i zupełnego usunięcia otoku, sprawi jednak znaczną ulgę, a u takich chorych o to nam tylko chodzić może.

We wszelkich innych przypadkach tak pierwotnego jak następowego zapalenia ropnego opłucny, nakłucie klatki piersiowéj i wypompowanie ropy jest zabiegiem niedostatecznym. W siedmiu z moich przypadków, (6 razy u dzieci, raz u dorosłéj kobiety) robiono punkcyję i wypompowano ropę, u jednego dziecka z empyema powstałem po zapaleniu płuc, powtórzono ją dwa razy, jednak zawsze ulga była tylko chwilowa, duszność i gorączka wracały bardzo szybko i niepotrzebnie czas się traciło. Znane są wprawdzie przypadki, w których empyema u dzieci po kilkakrotnéj punkcyi ustąpiło; w obec stosunkowéj rzadkości jednak takich przypadków, w obec tego, że nie można nigdy przewidzieć, czy ten korzystny wynik nastąpi, a z drugiéj strony w obec szkodliwego wpływu, jaki empyema bezwarunkowo na ustrój dzieci wywołuje, jestem przekonany, że długie zwlekanie operacyi radykalnéj nie ma

podstawy i tylko może być szkodliwe. Jestem pewny, że dziecko przytoczone w zestawieniu pod l. 5 zostałoby uratowane, gdyby operacya radykalna odbyła się o kilkanaście dni wcześniéj; staję więc stanowczo po stronie Henocha, aby u dzieci spróbować punkcyi raz, a w razie ponownego pogorszenia przystąpić zaraz do operacyi radykalnéj. W razach nagłych i groźnych, jak n. p. w moim 11 przypadku, gdzie były już objawy zakażenia ropniczego, nie należy tracić czasu nawet na jednorazową punkcyję.

U dorosłych wyleczenie empyema przez nakłucie jedno lub kilkakrotne należy do jeszcze większych rzadkości, u nich też nie próbuję nawet wypompowania ropy, lecz od razu przystępuję do operacyi radykalnéj, skoro tylko rozpoznanie jest pewne. Wprawdzie Holsti utrzymuje, że czas leczenia po operacyi radykalnéj wykonanéj w 1 miesiącu choroby wynosić ma średnio 87 dni, u operowanych w drugim miesiącu dni 52, a po operacyi wykonanéj w 3-cim miesiącu choroby tylko 40 dni; spostrzeżenia jednak innych autorów n. p. Bouvereta dają wyniki wprost przeciwne. I rzeczywiście trudno zrozumieć, dlaczegoby operacyja późniejsza wymagała potem krótszego czasu leczenia, boć im dłużéj ropa pozostaje w opłucny, tem silniejsze tworzą się zrosty, tem trudniéj i tem mniéj płuco może się rozszerzyć; im dłużéj trwa empyema, a z niem i gorączka, tem stan ogólny chorego jest gorszy, tem też gojenie musi być powolniejsze. W moich też przypadkach leczenie następowe trwało tem dłużéj, im późniéj była wykonana operacyja. Należałoby więc trzymać się zasady, aby do operacyi przystępować jak najwcześniéj.

Co do rodzaju operacyi, jestem jak prawie wszyscy chirurgowie zwolennikiem otwarcia klatki piersiowéj przez wycięcie kawałka żebra. Operacyja ta wydaje mi się stosowniejszą, niż cięcie między-żebrowe, z kilku względów. Przy istnieniu wypociny w jamie opłucny przestwory międzyżebrowe są rozszerzone i pozwalają na wprowadzenie dość grubego sączka. Stosunki te jednak zmieniają się wnet po wypuszczeniu płynu. Klatka piersiowa się zapada, przestwory międzyżebrowe się zwężają i uciskają założony sączek. Im daléj postępuje gojenie, tem rana zaciąga się bardziéj tak, że wkrótce wprowadzenie sączka należytéj grubości staje się niemożliwe, rana zamyka się za wczas, ropa zbiera się na nowo w niewypełnionéj jeszcze jamie i cała choroba się przeciąga. Zwolennicy téj metody operacyjnéj, jak n. p. Hahn, radzą wprawdzie używać rurki twardéj, aby uniemożebnić jéj zaciśnięcie, jednak rurka taka przy postępującem zaciąganiu się rany sprawia choremu, choćby była powleczona miękkim kauczukiem, dolegliwości tak znaczne, że się jest zmuszonym zmieniać ją na coraz cieńszą, a wnet i téj chory znieść nie może. Z tych samych względów jeszcze mniéj polecenia godnym jest sposób podany przez Immermanna, aby tylko przez otwór punkcyjny wsunąć do jamy opłucny sączek, przez który ma ropa odpływać i słusznie całkiem Küster oznacza ten zabieg jako cofnięcie się wstecz przy leczeniu ropnego zapalenia opłucny. Natomiast rana, jaka pozostaje po wycięciu dużego kawałka żebra, potrzebuje znacznie więcéj czasu, zanim się zaciągnie, a tymczasem proces chorobowy w opłucny się goi. Powtóre wygojenie ropotoku opłucnego następuje wprawdzie w znacznéj części przez rozciągnięcie się uciśniętego płuca, jednak zwłaszcza po dłuższem trwaniu choroby płuco nie może już przyjąć pierwotnéj objętości, a do wypełnienia pozostałej jamy przyczynia się obok przesunięcia się sąsiednich narządów także i ściągnięcie się klatki piersiowéj po stronie choréj, a jest ono łatwiejsze po wycięciu kawałka żebra, niż bez takowego. Zastrzegam się jednak, że wzgląd pierwszy uważam za znacznie ważniejszy od ostatniego i nie przypuszczam zarzutu, jakoby wycięcie kawałka żebra było powodem następowego znacznego zbezkształtnienia klatki piersiowéj. U dzieci bowiem, gdzieby to najłatwiéj mogło mieć miejsce, rozszerza się płuco prawie zupełnie, jak to w przypadkach mych po zgojeniu się rany mogłem stwierdzić wypukiem, a wycięte żebro odradza się z pozostawionéj okostny tak dokładnie, że ubytku jego zupełnie stwierdzić po kilku tygodniach nie można. U dorosłych zaś wycięcie kawałka żebra ułatwia tylko zciągnienie się klatki piersiowéj o tyle, o ile to do zgojenia się jamy jest konieczne. Jeżeli zaś będziemy i u starszych osób empyema operowali wczas, to i u nich płuco będzie się mogło wczas rozwinąć i unikniemy zbezkształnienia klatki piersiowéj. Zresztą przyznać należy, że dla chorego lepiéj mieć zapadnięty bok, niż miesiącami chodzić z ropiejącą raną.

Wspomina też Hahn, że thoracocentesa jest zabiegiem mniejszym, niż wycięcie żebra, że jest łatwiejsza, i u chorych bardzo wycieńczonych da się wykonać prędzéj i bez uśpienia. Wszystko to prawda, lecz jeżeli postawimy sobie za zasadę, aby empyema operować wczas, to nie będziemy mieli do czynienia z chorymi tak bardzo osłabionymi, powtóre wycięcie żebra samo przez się nie jest zabiegiem zbyt trudnym, jest operacyją tak typiczną, że ją każdy lekarz wykonać może, z konieczności można ją wykonać bez narkozy chloroformowéj, jak to zrobiłem w jednym z moich przypadków (Nr. 13), zasługuje więc w obec wyżéj przytoczonych korzyści stanowczo na pierwszeństwo przed zwykłem cięciem. Zgodziłbym się więc najzupełniéj z Küsterem, który powiada, że cięcie międzyżebrowe uważać należy za operacyję tymczasową, a przedsiębranie jéj ograniczyć do przypadków, w których z jakichbądź powodów wycięcie kawałka żebra jest na razie niemożebne do wykonania. Küster idzie nawet daléj i nie ogranicza się do samego wycięcia kawałka żebra, lecz w celu ułatwienia odpływu ropy robi najpierw cięcie z przodu klatki piersiowéj, wprowadza tędy zgłębnik, a wyszukawszy najniższe miejsce w jamie opłucny, w tem miejscu dopiero resekuje żebro, oczyszcza dokładnie całą jamę z znajdujących się skrzepów włóknikowych i przeprowadza sączek na wskróś jamy opłucny. Postępowania tego dotychczas w méj praktyce nie stosowałem, ograniczałem się zawsze do wycięcia kawałka długiego na 4 do 5 centim. z żebra 7 lub 8 z tyłu poniżéj kąta łopatki. Postępowaie to dało mi dotychczas wyniki, jak to wyżéj wspomniałem, bardzo zadowalające, z wyjątkiem u jednego chorego (Nr. tabl. 17), u którego operacyja była wykonana bardzo późno. U chorego tego płuco nie rozszerzyło się prawie wcale, jama zmniejszała się bardzo powoli i ropienie było ciągle obfite. Gdy po 4-miesięcznem leczeniu jama była dość znaczna, przedstawiłem choremu konieczność powtórnéj operacyi, lecz chory na to się nie zgodził. W innych wszystkich przypadkach wycięcie jednego żebra było wystarczające. Z tego więc wnoszę, że w przypadkach empyema u dzieci, daléj u ludzi względnie młodych, przy niedługiem trwaniu choroby wystarcza wycięcie kawałka jednego żebra z tyłu. U ludzi starszych, po długotrwałem empyema, zatem przy mało podatnej klatce piersiowéj i silnych zrostach płuc stosowałbym sposób Küstera, aby uchronić siebie i chorych od nieprzyjemnéj konieczności powtórnéj operacyi. Nie uważałbym jednak spo-

sobu Küstera za postępowanie normalne, zwłaszcza u dzieci jest ono zbyteczne.

Jeszcze jedna kwestyja, co do któréj nie ma zupełnéj zgody, t.j. co do postępowania leczniczego po operacyi, a mianowicie, czy jamę opłucnową należy przestrzykiwać, czy też nie. Küster przy swem podwójnem cięciu porzuca przestrzykiwania. Guttmann i inni stają w ich obronie. Być może, że przy postępowaniu Küstera są one zbyteczne, że ropa ma tam tak swobodny i doskonały odpływ, że ani kropla jéj się nie zatrzymuje w jamie opłucny, nie mogę o tem sądzić z własnego doświadczenia. I przy dawnem postępowaniu, tj. po wycięciu kawałka jednego żebra z tyłu uciekam się do przestrzykiwań tylko w razie koniecznéj potrzeby, t. j. gdy ropa zaczyna być cuchnąca, gdy chory zaczyna gorączkować, lub gdy ropa jest tak gęsta, że przez założony sączek nie może odchodzić. Jestem przekonany, że w przypadku takim, jaki był mój 16 i 19, nawet przy sposobie operowania Küstera nie można się było obejść bez przepłukiwań, tworzyły się tam bowiem ciągle formalne skrzepy włóknikowo-ropiaste, które bardzo łatwo zatykały sączek i dały się usunąć tylko przez przepłukanie, a częścią nawet musiałem je wyciągać szczypczykami. Do przestrzykiwań używam tylko płynów dla ustroju ludzkiego zupełnie nieszkodliwych, w ostatnich czasach rozczyn kreoliny oddał mi dobre usługi, a i samo przestrzykiwanie musi się odbywać bardzo ostrożnie. Na podstawie bowiem własnych doświadczeń muszę powiedzieć, że przestrzykiwanie jamy opłucny, choć ostrożnie wykonane, może wywołać nieprzyjemne objawy. Przypominam sobie z kliniki prof. Billrotha chorego, u którego do przetoki po operacyi empyema wdmuchiwano rozpylaczem proszek jodoformowy. Nagle chory omdlał i dość długo trzeba go było cucić, nim przyszedł do siebie. U choréj przytoczonéj w zestawieniu pod l. 15 wstrzyknąłem pod koniec leczenia **pod bardzo małym uciskiem** kilkadziesiąt gramów rozczynu kwasu salicylowego; chora nagle zbladła, dostała kurczów, omdlała, tętno prawie nie wyczuwalne. U obu chorych empyema była po stronie lewéj, a opisane objawy tłumaczyć należy tem, że w pierwszym razie powietrze, w drugim płyn wstrzyknięty zanadto rozdął małą istniejącą jeszcze jamę i wywarł ucisk czy to na serce, czy na nerwy i wywołał omdlenie. Oba razy objawy te przeszły dość szybko i szczęśliwie, w każdym razie zmuszają do wielkiéj ostrożności. Żeby jednak przestrzykiwania miały same przez się przedłużać leczenie, lub być powodem do częstego pozostawania przetok, jak to utrzymuje Holsti, tego u mych chorych stwierdzić nie mogłem.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

Pierwotne zadanie moje, znaleść zmiany w działaniu środków, drażniących różne części lub też cały układ nerwowy, w czasie hypnozy, już po pierwszéj seryi doświadczeń ze strychniną straciło dla mnie główne znaczenie i stało się tylko metodą badania saméj hypnozy. Rzeczywiście w drugiéj seryi eksperymentów już nie otrzymaliśmy zmian w działaniu środków, przynajmniéj w razie stosowania ich w taki sposób, w jaki ja je stosowałem: mimo to otrzymaliśmy fakty inne, które można spożytkować, jak i w pierwszéj seryi doświadczeń, dla nauki o fizyjologii hypnozy zwierzęcéj. Z tego materyjału surowiczego, ciekawego samego przez się, teraz drogą analizy możemy wyprowadzić niektóre, jeżeli nie zupełnie nowe, to przynajmniéj pewne wnioski dla pytania, które nas zajmuje. Wnioski można wyprowadzać z każdego działu doświadczeń oddzielnie i znaleść związek pomiędzy niemi: nie tylko one nie będą sobie przeczyć, ale przeciwnie, wzajemnie się dopełniać.

Pierwsze zjawisko, które należy rozebrać, jest słabsze działanie strychniny, tebainy w czasie hypnozy. Od czego to zależy? Nie znamy wszystkich warunków silniejszego lub słabszego działania tych jadów na rdzeń jednéj i téj saméj żaby przy jednéj i téj saméj dawce: ale wiemy, że te jady działają daleko słabiéj lub zupełnie nie działają przy zmniejszeniu pobudliwości ośrodków nerwowych za pomocą odpowiednich narkotyków: na tem mianowicie zasadza się leczenie otrucia strychniną i uprzedzenie jéj działania. Otóż najpierw zjawia się myśl, że *rdzeń pacierzowy w czasie hypnozy znajduje się w stanie zmniejszonéj pobudliwości*; naturalnie to zmniejszenie drażliwości jest czysto fizyjologiczne, a nie sztuczne. Przypuszczenie wypowiedziane staje się tem więcéj prawdopodobnem, jeżeli zauważymy, że objaśnić sobie innym sposobem słabsze działanie jadów trudno, prawie niemożebnie. Jak wiemy, że w czasie hypnozy głębokiéj, kiedy właśnie wprowadzałem truciznę, oddechanie a jednocześnie i krwiobieg, są zwolnione: możnaby więc wyprowadzić wniosek, że cała rzecz w danym przypadku polega na zwolnionem wsysaniu, dochodzeniu odrazu mniejszych dawek jadu do rdzenia żaby, a stąd i słabszem działaniu. Okoliczność ta do pewnego stopnia może grać rolę w naszych doświadczeniach: ale jak tylko choć małe dawki zaczną działać i hypnoza staje się powierzchowną, chociaż objawy zatrucia jeszcze nie wystąpiły, oddechanie przyspiesza się, zwierzę ciągle się budzi i staje się ruchliwem, warunki co do wsysania u żaby kontrolującéj i śpiącéj stają się jednakowe: objawy strychnizmu powinnyby stać się równemi, a tymczasem przez cały przeciąg działania trucizny pozostają słabszemi i nigdy maximum działania u egzemplarza zahypnotyzowanego nie dochodzi maximum u nieśpiącego. Ale ważniejszym dowodem z jednéj strony przeciw zwolnionemu wsysaniu, jako głównemu czynnikowi osłabienia wpływu strychninowego, z drugiéj na korzyść wypowiedzianego powyżéj pierwszego przypuszczenia jest ten fakt, że gdy zwierzę otrujemy strychniną i objawy zatrucia występują już w całéj zupełności, hypnoza zmniejsza strychnizm: hypnoza działa w tym razie do pewnego stopnia w taki sposób, jakbyśmy zmniejszyli pobudliwość rdzenia za pomocą środków odpowiednich.

Inne zdanie należy wypowiedzieć o stanie mózgu dużego. Widzieliśmy, że sztuczne podrażnienie chemiczne mózgu dużego sprzyja bardzo powstaniu stanu hypnotycznego u żab. Przypuszczam, że wszelkie podrażnienie mózgowia wywiera podobny wpływ: miałem w tym kierunku wskazówki, że mechaniczne podrażnienie wywiera podobny skutek. Raz napróżno starałem się uśpić żabę z odsłoniętemi półkulami mózgowemi: zwierzę nie poddawało się hypnozie i uciekało. W czasie téj walki zwierzę wyśliznęło mi się z rąk i upadło na podłogę głową nadół. Natychmiast zjawiły się silne drgawki epileptyczne, trwające 2—3 minuty: oczywiście zdarzyło się to w skutek silnego podrażnienia mechanicznego mózgu dużego. Gdy zwierzę uspokoiło się nieco po 3—4 minutach

nadałem mu położenie na grzbiecie: ku memu zdziwieniu bardzo łatwo wystąpiła hypnoza głęboka ze wszystkiemi cechami. Podobne zdarzenie trafiło mi się jeszcze raz. Zresztą już ta okoliczność, że różnorodne czynniki chemiczne, wywołując podrażnienie półkul mózgowych, i w ogóle mózgu dużego sprzyjają hypnozie, mówi, według zdania naszego, na korzyść powszechności tego faktu dla wszelkich podrażnień. Jeżeli teraz z jednéj strony jesteśmy przekonani o tem, że w ogóle podrażnienie do pewnego stopnia, pewnéj siły sprzyja wystąpieniu u żaby hypnozy, to z drugiéj strony mamy w doświadczeniach wskazówki jasne na to, że przygnębienie, zmniejszenie pobudliwości tych części ośrodkowego układu nerwowego wywiera wpływ odwrotny. Zastosowanie bezpośrednie roczynów mocnych atropiny (0,5%), a szczególnie kokainy (1% [1]), które u normalnego nieuśpionego zwierzęcia daje objawy zmniejszenia pobudliwości, pognębienia, jednocześnie przeszkadza istnieniu głębokiéj hypnozy, czyni ją lekką, powierzchowną, niekiedy przerywa na czas pewien: przy tem nie mamy żadnych objawów rozdrażnienia rdzenia pacierzowego. Mając takie dane, mniemam, że drogą wyłączenia można zrobić tylko jedno przypuszczenie o stanie mózgu dużego w czasie hypnozy, mianowicie: mózg duży w ogóle znajduje się w stanie rozdrażnienia, w stanie zwiększonéj pobudliwości.

Powiedziałem „w ogóle", ponieważ wynik ten trzeba zaopatrzyć w pewne uwagi. Nie mogę i nie chcę twierdzić, że cały mózg duży in toto, wszystkie jego części składowe i półkule i *lobi optici* a nawet wszystkie działy tych części, znajdują się w stanie zwiększonéj drażliwości. Nie mogę twierdzić tego tak samo, jak nie mogę zapewniać, że stosując bezpośrednio atropinę, drażnimy cały mózg duży. Wiemy dobrze, że różne części ośrodkowego układu nerwowego zachowują się niejednakowo względem pewnych środków, a jeżeli jednakowo, to nieraz inaczéj względem pewnéj dawki. Za doskonały przykład pierwszego faktu może służyć strychnina, która drażni rdzeń przedłużony i pacierzowy, a nie drażni mózgu dużego, za przykład drugiego, chloral, morfina, których pewna dawka dostateczną jest dla przygnębienia substancyi szaréj półkul mózgowych, a nie starczy na pognębienie rdzenia. Możebnem jest takie przypuszczenie, że w jednéj części ośrodkowego układu nerwowego (rdzeniu pacierzowym, przedłużonym i t. p.) ten sam środek działa różnie lub w niejednakowym stopniu na różne elementy; ale pewne działanie przeważa i w ogóle otrzymujemy objawy tego, co nazywamy rozdrażnieniem lub pognębieniem. Tak atropina daje nam objawy rozdrażnienia mózgu dużego, ale nie wiemy, które mianowicie części drażni ona: doświadczenia z atropiną dają nam prawo wygłosić zdanie o stanie mózgu dużego, jako stanie rozdrażnienia, ale nie dają prawa twierdzić, że w takim stanie znajdują się wszystkie ośrodki mózgowia. Przeciwnie logiczniéj jest mniemać, że tylko pewne ośrodki, może być większość, znajdują się w stanie pobudliwości zwiększonéj; a w taki sposób powinniśmy rozumieć wynik, wypowiedziany poniżéj. Z drugiéj strony inne ośrodki znajdują się w stanie pognębienia, zatamowania ich funkcyj, co wskazuje brak aktów woli w czasie hypnozy. Ale jakie mianowicie ośrodki znajdują się w jednym albo drugim stanie, doświadczenia nasze nie wskazują i my stojąc na gruncie faktów, nie możemy podać w tym kierunku żadnych wyników.

Zdanie nasze o stanie mózgu wielkiego u żaby w czasie hypnozy zgadza się do pewnego stopnia z tem, co wypowiedział w tym kierunku Danilewski. Autor ten twierdzi, że zatamowanie aktów woli należy przypisać „stanowi działalności (*einem thätigen Zustande*)" mózgu przodkowego; on, jak widzimy, określa nawet części mózgu, znajdujące się w tym stanie działalności. I inni autorowie Czermak i Preyer, jak wiemy, równie przyjmują stan naprężenia działalności środkowego układu nerwowego w obserwowanych przez siebie doświadczeniach. Stan działalności powinien w każdym razie odpowiadać i mieć za podstawę pewien stan drażliwości, pobudliwości tych części, w których on istnieje: w zwyczajnym albo sztucznym śnie, gdzie stan działalności szaréj substancyi mózgu zmniejsza się lub nawet ginie, jednocześnie zmniejsza się jéj pobudliwość. Ale Danilewski nie określa bliżéj stopnia tego stanu działalności i jednocześnie, jak my chcemy, stopnia istniejącéj pobudliwości ośrodków mózgowych; my, zgadzając się w myśli zasadniczéj z tym autorem, przypuszczamy, że pobudliwość pewnych części mózgu dużego jest zwiększoną po nad normę. Jest możebnem i prawdopodobnem, że funkcyja, działalność tych ośrodków również jest większą od prawidłowéj. (Dok. nast.)

[1]) Kokaina, jak wiadomo z doświadczeń profesora Tumasa (*Archiv f. exper. Pathologie und Pharmakologie*, 1887) przy zastosowaniu bezpośredniem na ośrodki psychomotoryczne u psów zmniejsza ich pobudliwość. U żab, jak widzieliśmy, w pewnych słabych roztworach środek ten najpierw drażni mózg duży.

IV. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Prof. Schwimmer: (Budapeszt): **O kilku nowych środkach przeciw chorobom skóry.**

Salol stosował prof. S. przeciw różnym owrzodzeniom skórnym, kiłowym i wenerycznym, w przypadkach zapalenia pęcherza moczowego, stawów lub miedniczek nerkowych na tle rzeżączki. Na 25 przypadków pojedyńczych owrzodzeń wenerycznych wygoiło się pod salolem 23, średni czas leczenia wynosił 26 dni. Mniéj skutecznym okazał się w (bubonach) ropniach gruczołów pachwinowych, towarzyszących wrzodowi miękkiemu. Nie można było pod nim samym doprowadzić do zmniejszenia ropienia, ani do zgojenia; musiano przejść do innych środków gojących. Za to poczynił znakomite usługi w przypadkach wrzodów twardych, których było 85. W niektórych już po 15—20 dniach wrzód był zabliźniony. W uporczywych przypadkach zasypywano wrzód salolem, a na to dopiero dano plaster rtęciowy. Tak samo działał salol dobrze w przypadkach wrzodów kiłowych w skórze i wrzodów niekiłowych zwyczajnych na podudziu. Nie wiele skutecznym się okazał on w przypadkach zapalenia pęcherza i miedniczek na tle tryprowem.

Kwas oksynaftowy wyrabiany przez Heydena w Dreźnie, a polecony przez Ellenbergera i Hofmeistra, stosował prof. S. przeciw chorobom wenerycznym, świerzbowi i świerzbiączce. Szczególnie chwali je prof. S. jako znakomity środek przeciwświerzbowy; każe on dwa razy dziennie nacierać następującą maścią: *Acidi naphtoëtici, Cretae albae, Saponis viridis aa 10·0 Ax. porci 80·0—100·0.* Nie sprowadza nigdy wyprysku, nie szkodzi wcale ustrojowi, a zabija zarówno pasorzyty jak i ich jaja w norach podskórnych. (*Wiener med. Woch.* 1889 Nr. 3, 4, 5). *Dr. H. Kraus.*

Loewy: (Berlin): **O wpływie solnych środków przeczyszczających na wymianę gazów u człowieka.**

L. wykonał doświadczenia za pomocą własnego przyrządu oddechowego u 6-ciu osób, i w wszystkich 10 ciu doświadczeniach bez wyjątku otrzymał podwyższenie wymiany gazów po wprowadzeniu roczynu siarkanu sodowego. Podwyższenie równomierne wydzielania kwasu węglowego i zużycie tlenu wahało się między 30 a 7% pierwotnéj wartości i było różne przy téj saméj dawce w różnych czasach. Przyczynę tego należy odnieść do ruchów robaczkowych jelit, pobudzonych przez siarkan sodowy, bo zaraz po oddawaniu stolca, gdy się jelita uspokoiły, pomnażanie to wymiany

również znikło. W obec tego, że siarkan sodowy nie ulega spaleniu, zwiększony rozkład ciała po jego wprowadzeniu tylko kosztem ustroju może powstać i to kosztem tłuszczu ciała; poszukiwania bowiem Voita wykazały, że ciężar ciała przy tem nie ma żadnego udziału. W tem właśnie leży znaczenie takiéj powiększonéj przemiany gazów, które uprawnia ze stanowiska teoryi podawanie siarkanu sodowego, w celu leczenia odtłuszczającego, postępowanie, które praktycznie pierwéj już się sprawdziło. (*Internat. klin Rundsch.* 1889, Nr. 13). *Dr. R. Spira.*

(Dr. H. K.) **Drugi przypadek wysypki po sulfonalu** opisuje Schotten (Kassel). Kobiecie nerwowéj, źle odżywionéj, podawał przez trzy dni sulfonal w dawce po 2 gr. W czwartym dniu wystąpiła wysypka na skórze, poczynająca się na głowie i posuwająca się coraz daléj, aż do objęcia całego ciała. Wysypka była bardzo podobna do wysypki odrowéj. Oprócz tego skarżyła się chora na uczucie palenia i gorąca w skórze. W następnych dwóch dniach wysypka zaczęła blednąć, najpierw części środkowe, potem przybrzeżne. Dopiero po 14 dniach zupełnie ustąpiła. (*Wiener med. Woch.* 1889, Nr. 1).

Terapija.

Frey (Baden-Baden): **O fizyjologicznem i leczniczem znaczeniu kąpieli parowych.**

W obec doniosłéj roli, którą odgrywa skóra w przemianie materyi i w obec łatwego dostępu tego narządu jest rzeczą naturalną, że oddawna lekarze starają się, zmieniając czynność skóry, wpływać na przebieg chorób ustroju. Ze środków, które temu celowi odpowiadają, w pierwszym rzędzie stoi hydroterapia, a tu kąpiele parowe niepoślednie zajmują miejsce. Odróżnić przedewszystkiem trzeba dwa rodzaje kąpieli: rzymskie, w których czynnikiem działającym jest suche powietrze, ogrzane mniéj lub więcéj do 65°C. i rosyjskie, w których powietrze jest nasycone parą wodną (45°). Badając ciepłotę człowieka kąpiącego się, zauważył F., że podnosi się ona do 39·5°, ale o wiele powolniéj w łaźniach rzymskich, gdzie oddawanie ciepła przez pot jest utrzymane, podczas gdy w kąpielach parowych w ścisłem tego słowa znaczeniu pocenie się z powodu przesycenia powietrza parą jest bardzo upośledzone. Oddawanie ciepła przez przewodnictwo i promieniowanie jest w obu rodzajach kąpieli zniesione. Gdy kąpiący się uda się do miejsc chłodniejszych, a szczególnie, gdy użyje krótkiéj zimnéj kąpieli lub tuszu, to ciepłota wraca prędko do stanu prawidłowego, a ciepłota pod pachą wynosi zazwyczaj 35°8°—36·5°C. U osób nieprzyzwyczajonych do kąpieli parowych można jeszcze przez 1—2 dni wykazać lekkie wzniesienie ciepłoty, badając takową w odbytnicy. Jeżeli do tych zmian w zachowaniu się ciepłoty ustroju dodamy samą podnietę termiczną, jakiéj doznają zakończenia nerwowe całéj skóry w kąpieli parowéj, to będziemy mieli główne okoliczności, które wpływają na czynność serca i na krążenie krwi w naczyniach. Przy zadziałaniu wysokiéj ciepłoty łaźni parowéj tętno podnosi się do 120—150 uderzeń na minutę, przytem naczynia skórne rozszerzają się *ad maximum*, a ponieważ inne części układu naczyniowego niedość energicznie się zwężają, przeto parcie w naczyniach opada. Po przejściu do zimnéj kąpieli tętno się zwalnia i parcie się podnosi z taką szybkością, że u osób dotkniętych wadą serca przejście takie może się stać bardzo niebezpiecznem. Jeszcze przez pewien czas po opuszczeniu kąpieli utrzymuje się przekrwienie skóry i to przekrwienie może posłużyć w niektórych razach za doskonały środek do odprowadzenia krwi z narządów wewnętrznych i do ulżenia na pewien czas pracy serca.

Nie mały wpływ wywierają kąpiele parowe na oddychanie; zmiany w oddychaniu wywołuje z jednéj strony podnieta termiczna, działająca na zakończenia nerwowe w skórze, z drugiéj zaś niezwykła ciepłota krwi, przepływającéj przez płuca i drażniącéj zakończenia n. błędnego. Niedługo po wstąpieniu do łaźni parowéj oddechy stają się przyspieszone (20—25—30 na minutę) i są przytem głębokie i silne. Podczas oziębiania ciała liczba oddechów wraca do stanu prawidłowego, jednakże nie rzadko spostrzega się przez cały dzień nieznaczne przyspieszenie. Pojemność życiowa płuc, która podczas kąpieli jest nieco mniejszą od prawidłowéj, staje się po kąpieli większą, tak, że można przez kilka kąpieli parowych zwiększyć pojemność płuc o kilkaset cm. sześciennych. Po kąpieli autor znajdował obwód klatki piersiowéj o $^1/_2$ cm. większy, niż przed kąpielą, o tyleż większą rozszerzalność klatki piersiowej.

Wreszcie badania F. wykazały, że sprawa utleniania odbywa się w ustroju pod wpływem parowych kąpieli znacznie energiczniéj niż w stosunkach zwykłych.

Odnosząc to wszystko do celów leczniczych mamy w kąpielach parowych środek, który przy podwyższeniu ciepłoty przyspiesza przemianę materyi i ułatwia wydalanie tworów téj przemiany, a z drugiéj strony wpływa na krążenie wydzielenie wody. W skutek podniesienia przemiany materyi i żywszego utleniania tkanek ustrój spala łatwo i wydala mikroorganizmy i ich produkty rozkładowe — wszakżeż gorączka jest analogicznem dzielnem *remedium naturae*, i stąd tłomaczy się, że nierzadko choroby t. zw. reumatyczne przez zastosowanie kąpieli parowéj w samym początku przerwać możemy. Nawet w przewlekłych chorobach zakaźnych, jak w gośćcu stawowym przewlekłym, w zimnicy, w kile, ba nawet w początkowych okresach gruźlicy, widział F. pod wpływem leczenia kąpielami parowemi znakomite skutki. Do działania na przemianę materyi odnieść także należy korzystny wpływ kąpieli parowych na przebieg dny.

Najczęściéj stosowanie kąpieli parowych jest wskazane tam, gdzie chcemy zmusić ustrój, aby przez żywszą przemianę materyi i równoczesny niedostateczny dowóz pokarmów zużył nadwyżkę materyjału palnego (tłuszcz i istoty białka), którą posiada. Tu należą przypadki dyjatezy tłuszczowéj, dopóki nie doszło do zmian w krążeniu.

Wreszcie w przebiegu wady sercowéj kompenzowanéj lub niekompenzowanéj znakomite usługi oddają nam kąpiele parowe, gdyż przez rozszerzenie naczyń skórnych i obniżenie parcia zmniejszają opór dla pracy serca i kompenzacyję utrzymują, a względnie ją przywracają.

W końcu przytacza autor następujące przeciwskazania do używania kąpieli: 1) stan gorączkowy chorego; 2) bardzo podupadłe odżywienie i 3) zwyrodnienie mięśnia sercowego, zmiany miażdżycowe lub tętniaki większych pni naczyniowych. (*Sammlung klinischer Vorträge* 1889, Nr. 332) *A. B.*

(†) Dr. Huchard leczy mlekiem tak zanikową jak i przerostową formę marskości wątroby w następujący sposób: 1. Mleko podaje się o ile możności na samym początku choroby po 3—4 litrów dziennie w ciągu najmniéj miesiąca. 2. Jeżeli puchlina brzuszna jest znaczną, to należy wypuścić wodę przed leczeniem mlecznem. 3. Gdzie nietylko jest bardzo znaczna puchlina, lecz gdzie nadto ona szybko na nowo się wytwarza, tam mleko najczęściéj nie przynosi korzyści, a czasami może przynieść nawet szkodę. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique* 21 lutego).

(†) Na ostatnim zjeździe lekarzy włoskich w Rzymie podał Dr. Testi rezultaty leczenia duru brzusznego tymolem na 150 chorych. Działanie tymolu było bardzo korzystnem, ponieważ obniżał on temperaturę, zmniejszał bębnicę, znosił biegunkę i zmniejszał znacznie ilość produktów gnilnych w odchodach; wreszcie podwyższał parcie krwi i zmniejszał wydzielanie mocznika. Na podstawie tego zaleca autor gorąco stosowanie tymolu w durze brzusznym. (*The British Medic. Journ.*, 23 lutego).

(†) Dr. Seibert z New-Jorku proponuje leczenie błonicy solą kuchenną. W tym celu zwilża on rączkę łyżki stołowéj i zanurza w sproszkowanéj soli kuchennéj; następnie wprowadza ją do jamy ust chorego, przykłada do miejsc porażonych błonicą i sąsiednich z niemi części i trzyma w takiem położeniu około minuty. W większéj liczbie przypadków dzieci przenoszą łatwo taką operacyję. Z następnem odkaszlnięciem oddzielają się bardzo często błony błonicowe. Wtedy przykłada autor sól powtórnie na oczyszczoną powierzchnię wrzodu. Przy takiem leczeniu zmniejsza się bardzo szybko gorączka i ból, obrzęk staje się mniejszym, porażone miejsca blednieją i ogólny stan chorego poprawia się. Seibert zaleca gorąco to „solenie,“

tembardziéj, że jest ono zupełnie nieszkodliwem. (*Münchener Medicinische Wochenschrift*, 5 marca),

(†) Dr. Whitebead przytacza 3 przypadki wąglika, uleczone przez siebie za pomocą podskórnego wstrzykiwania w miejscu obrzęku 30 kropel nasyconego roztworu eterowego jodoformu. Na 2-gi dzień po wstrzyknięciu zmniejszał się obrzęk i zaczerwienienie, a po tygodniu odpadał powierzchowny strup i pozostawały tylko ślady przebytego ciężkiego cierpienia. (*The British Medical Journal*, 2 marca).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IV z dnia 10 Kwietnia 1889.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński, członków obecnych 10.

1) Przewodniczący przedkłada świadectwa o dobrym stanie obory p. Niedzielskiego w Śledziejowicach.

2) Dodatkowo do poprzedniego polecenia kakao wyrobu p. Trettera we Lwowie postanowiono przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia również i czekoladę z téj saméj fabryki, kierując się temi samemi motywami, co i przy poprzedniéj uchwale. (Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 10 kwietnia, b. r. uchwałę tę potwierdziło).

3) Na wniosek referenta prof. Dra Łazarskiego uchwalono polecić Tow. lek. krak. wina lecznicze wyrobu pana Kalickiego, aptekarza w Przemyślu, a mianowicie wino chinowe, chinowo-żeleziste pepsynowe, peptonowe i rzewniowe. Fabrykacyja win tych odbywa się w sposób wzorowy, jak to stwierdzili na miejscu znawcy z pośród lekarzy przemyskich uproszeni. Malaga, używana do wyrabiania tychże win, nie zawiera niedogonu (fuzlu) i mieści w sobie 18% objętościowych czystego wyskoku. Wina te po odparowaniu dają pozostałości: wino chinowe 24·60%, wino chinowo-żeleziste 24·50%, wino peptonowe 25·40% wino pepsynowe 24·80%, wino rzewniowe 26%. Wino peptonowe odznacza się dobrym smakiem i pomimo znacznéj zawartości peptonu, nie łatwo daje osad nawet przechowywane w różnéj ciepłocie. W winie chinowem i chinowo-żelezistem można łatwo wykazać chininę, co dowodzi, że do win tych użyta została dobra kora chinowa. Ostrożnie otrzymaną pozostałością wina pepsynowego można po stosownem rozpuszczeniu w wodzie i zakwaszeniu kwasem chlorowodowym przeprowadzić próby sztucznego trawienia. Wino rzewniowe zawiera znaczną ilość kwasu chryzofanowego. Pod względem staranności w sporządzaniu wina te przewyższają wiele podobnych przetworów. Cena ich nie jest wysoką. (Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 10 kwietnia b. r. uznało przetwory te jako godne polecenia).

Sekretarz: Doc. Dr. *Gluziński*.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 19.944. **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

do wszystkich Panów c. k. Starostów, oraz do W. Pp. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Rozporządzeniem z dnia 12 marca b. r. l. 4137 zwraca uwagę wys. Ministerstwo spraw wewnętrznych, że przy sporządzaniu czterotygodniowych raportów o przebiegu chorób nagminnych, przedłożonych tejże władzy w skutek polecenia z d. 13 grudnia 1888, l. 20604 (tut. rozporządzenie z 21 grudn. 1888 l. 76707) w wielu krajach koronnych ograniczano się niemal wyłącznie do cyfrowego zestawienia ilości chorych, nie podając wcale żadnego sprawozdania co do cechy każdej ważniejszéj epidemii, jéj przebiegu i t. d., niemniéj co do środków sanitarno policyjnych, użytych celem stłumienia tychże epidemij.

Przytem żąda wys. Ministerstwo z całym naciskiem, aby te raporta ściśle w oznaczonym terminie przedkładano.

Chcąc powyższemu poleceniu zadość uczynić, żąda się co następuje: 1) Sprawozdanie czterotygodniowe z miasta/powiatu nie ma się ograniczać jedynie do zestawienia cyfrowego leczonych chorych, lecz winno zawierać w krótkości pogląd na cechę i przebieg epidemii, oraz wzmiankę o zarządzonych środkach zaradczych, niemniéj o postępach w asanacyi miast, miasteczek i gmin wiejskich (tut. rozporządzenie z 14 maja 1887 l. 28661). 2) Sprawozdanie ostateczne, zarządzone tut. rozporządzeniem z 11 stycznia 1887 l. 2031, które po ukończeniu każdéj epidemii lekarze delegowani mają obowiązek przedkładać, a które w ostatnim czasie coraz mniéj nadsyłano, mają być i nadal wraz z ostatnim raportem Namiestnictwa przysyłane. 3) Ponieważ nie wszyscy Pp. Starostowie przedkładając czterotygodniowe raporta o chorobach nagminnych przestrzegają terminu oznaczonego tut. okólnikiem z 21 grudnia 1888 l. 76707 i wskutek tego sporządzenie sumaryjusza krajowego napotyka na znaczne trudności, sporządzenie zaś sprawozdania uzupełniającego w tutejsz. biurze sanitarnem staje się niemożebnem, widzi się Namiestnictwo zniewolonem skrócić termin, w którym mają być w mowie będące czterotygodniowe raporta przedkładane. I tak najbliższy raport, obejmujący okres czasu od 3 do 30 marca, musi znajdować się w Namiestnictwie we środę dnia 3 kwietnia b. r., następny (za czas od 31 marca do 27 kwietnia) we środę dnia 1 maja, dalszy (za czas od 28 kwietnia do 25) we środę dnia 29 maja i t. d.

W razie, gdyby temu zarządowi zadość się nie stało, będzie na koszt Pana w każdą środę po upływie ustanowionych czterotygodniowych okresów czasu wysłanym telegram z przypomnieniem.

Lwów dnia 17 marca 1889 r. *Badeni* w. z.

Sprawa wodociągowa krakowska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

W rozdziale 5-tym mieści się rzecz o wyborze wody do wodociągów krakowskich.

W téj mierze trzeba pamiętać:

1. Że sprawa wodociągowa jest sprawą właściwie sanitarną, a tylko wykonanie jéj jest techniczne. O tem więc, która woda odpowiada warunkom higienicznym, decyduje tylko nauka lekarska, wsparta na chemii i innych umiejętnościach pomocniczych.

2. Że sprowadzić można tylko wodę, która i odpowiada wszelkim słusznym wymaganiom sanitarnym i która zarazem daje wszelkie rękojmie, że taką zawsze zostanie.

Pierwszy punkt rozumie się właściwie sam przez się i dziwić się tylko należy, że go przez tyle lat traktowania sprawy wodociągowéj w Krakowie pomijano. To było powodem, że sprawa błąkała się przez tyle lat po manowcach, że projektów było mnóstwo, były szkice, nawet i kosztorysy, ale przez długie czasy nie było prawie nigdy umiejętnego zbadania rzeczy pod względem zasadniczym, rozstrzygającym; jednem słowem, projektowano sprowadzenie różnych wód do Krakowa, ale nie spytano się, jak się na to zapatruje nauka lekarska i doświadczenie.

Punkt drugi wymaga pewnego wyjaśnienia tembardziéj, iż spotkać się można z błędnemi zapatrywaniami w téj mierze.

Woda ma odpowiadać wszelkim wymaganiom higienicznym, to znaczy ma w zupełności zgadzać się z określeniem dobréj wody powyżéj danem. Otóż mniemają niektórzy, że wystarczy dla Krakowa sprowadzić wodę choćby nie bezwzględnie dobrą, ale przynajmniéj o wiele lepszą, niż jest teraźniejsza tak zła i tak zanieczyszczona woda studzienna, bo zawsze przecież będzie lepiéj, niż jest dotychczas a sprowadzenie wody o wiele lepszéj może nawet mniéj kosztować, niż sprowadzenie wody odpowiadającéj wszelkim wymaganiom higieny. Otóż zdanie to jest zupełnie błędne; albo woda odpowiada w zupełności wszelkim słusznym wymaganiom higienicznym albo im nie odpowiada. Między wodami zupełnie dobremi mogą być różnice nawet wielkie, mianowicie pod względem składu chemicznego, że wskaże się tylko na różny stopień twardości czyli na różną ilość wapna i magnezyi, ale bezpieczeństwo musi być zupełnie jednakie pod względem sanitarnym. Ale wody czy to odrazu niedobréj, czy tylko podejrzanéj nie można używać do wodociągów nie dlatego, by pewna ilość kwasu azotowego lub bardzo małe ilości kwasu azotawego i amoniaku miały przymioty trujące, ale dlatego, ponieważ przy wodach raz już choćby tylko w bardzo małym stopniu zanieczyszczonych nie ma nigdy pewności, czy zanieczyszczenie nie dojdzie do rozmiarów czyniących daną wodę nieprzydatną lub czy wreszcie w sposobnych warunkach nie wystąpią w wodzie czynniki chorobotwórcze i woda taka zamiast nieść zdrowie, szerzyć będzie śmierć lub przynajmniéj choroby.

Takie przykłady zna nauka o chorobach infekcyjnych właśnie z ostatnich czasów, a obowiązkiem jest korzystać z nich zupełnie.

Powiedziano nakoniec, że warunkiem użycia wody do wodociągów jest rękojmia, że woda taką, jaką jest, zostanie. Na

czem się ta rękojmia opiera, zobaczy się w dalszym ciągu. Tu tylko nadmienić wypada, że wodociągów nie buduje się na krótki czas i ani małym kosztem; koniecznie więc trzeba wymagać, by woda raz za dobrą uznana taką zawsze została. Uczy zaś doświadczenie, nawet przykłady na samym Krakowie, że z biegiem czasu, z postępem mianowicie przemysłu, rolnictwa i zaludnienia woda studzienna, a zatem gruntowa, zmienia swój skład chemiczny i zmienia go w sposób niekorzystny pod względem sanitarnym; powód zaś tego bardzo prosty: skutkiem rozwoju przemysłu, rolnictwa i coraz większego zaludnienia, coraz więcéj odpadków z życia roślin i zwierząt, materyjałów nawozowych i produktów przy fabrykacyi dostaje się do ziemi, a z niéj do wody, która zakaża się w rozmaity sposób i w rozmaitym stopniu, ale zawsze w sposób dla zdrowia albo wprost szkodliwy albo podejrzany.

Na tych zasadach opierając się można wyrzec stanowczo, że woda, która choćby tylko raz okazała niekorzystny skład chemiczny, pierwociny chorobotwórcze lub tylko podejrzane składniki, bezwarunkowo nie nadaje się do wodociągów i nie zasługuje na dalsze badanie pod względem ilości.

Po tych wstępnych uwagach przechodzi referent do właściwéj kwestyi.

Już samo przypatrzenie się mapie topograficznéj i powierzchowne obejrzenie okolicy przekonywa, że Kraków możnaby ze stanowiska technicznego zaopatrzyć w wodę rzeczną, gruntową i źródlaną.

Wody rzecznéj mogłyby dostarczać: Prądnik — Rudawa i Wisła.

Zaopatrywanie jednak miasta w wodę rzeczną ma następujące niedogodności: 1) woda wymaga filtrowania; 2) woda rzeczna jest za miękka i ma zwykle zamało kwasu węglowego; ztąd jest niesmaczna, a bardzo wielu osobom sprawia przy piciu dolegliwości żołądkowe; 3) temperatura wody rzecznéj jest oczywiście bardzo zmienna, skutkiem czego w lecie, gdy ustrój ludzki najwięcéj potrzebuje ochłody, woda przestaje być napojem orzeźwiającym; 4) woda rzek małych albo już jest albo może łatwo być zanieczyszczona chemicznie przez powstanie fabryk w sąsiedztwie, wielkich stajen, obór, a nawet mocne nawożenie gruntu.

Uwagi te stósują się przedewszystkiem do Rudawy, która, jak samo już jéj zresztą nazwisko wskazuje, prowadzi wodę zawsze mechanicznie zanieczyszczoną, bieg zaś Prądnika jest taki, że biorąc z niego wodę nawet na saméj granicy kraju nie moglibyśmy zapobiedz zanieczyszczeniu jéj w przebiegu rzeki przez Królestwo Polskie.

Z wód rzecznych pozostaje przeto tylko Wisła.

Że wodą rzeczną można zaopatrywać miasta, wątpliwości żadnéj nie ulega. Najlepszy tego przykład na Warszawie i Poznaniu.

Stronami dodatnemi projektu zaopatrywania Krakowa w wodę wiślaną jest pewność, że wody nigdy nie braknie nawet w razie największego wzrostu miasta i niemożność zanieczyszczenia całéj masy wody tak, iżby jéj mechanicznie nie można napowrót oczyścić. Stronami ujemnemi są, prócz nadmienionych powyżéj, potrzeba sztucznego podnoszenia wody, by jéj nadać należyte ciśnienie i doprowadzić wodę do wszystkich pięter domów mieszkalnych. Pomijając już bardzo wielkie niedogodności, że woda jest niesmaczna i w porze letniéj, gdy właśnie najbardziéj potrzeba ochłodzić ciało napojem zimnym, za ciepła, to filtrowanie dokładne i podnoszenie wody do góry maszynami parowemi są tak kosztowne, że i przy małych kosztach budowy wodociągu wypada dostawa wody drogo. Dodajmy do tego kosztowną w celu zupełnego zabezpieczenia się od pożaru konstrukcyję budynku dla maszyn parowych, konieczność sprawienia maszyn zapasowych, by wodociągu nigdy na przerwę w działaniu nie narazić, a wreszcie znaczne sumy potrzebne na umorzenie funduszu maszyn, które przy codziennéj i nieustannéj czynności niszczą się stósunkowo prędko, a nabędzie się przekonania, że woda wiślana, która nawet po najstaranniejszem przefiltrowaniu nie będzie nigdy smaczna, a w znacznéj części roku nie będzie i orzeźwiająca, wypadnie za drogo. Wodociąg sam będzie zapewne nieco tańszy, niż sprowadzenie wody z odległości, ale woda wypadnie za drogo, osobliwie za drogo dla swych przymiotów.

Zaopatrzenie przeto Krakowa w wodę wiślaną jest wprawdzie możliwe, ale wobec innych sposobów dostarczenia wody bez porównania lepszéj i odpowiadającéj zupełnie wszystkim warunkom wody dobréj nie byłoby nawet pod względem ekonomicznym korzystne.

Wszelkie przeto projekty zaopatrzenia Krakowa w wodę rzeczną są w danych stosunkach przyrody niestósowne.

Słusznie też komisyja wodociągowa od kilku lat nie zajmuje się projektami wodociągowemi z wodą rzeczną.

Zostaje przeto dla Krakowa tylko woda gruntowa i źródlana. (C. d. n.)

---

† **Niemcy**. W *„Centralbl. für Chirurgie“* Dr. S. zapytuje lekarzy, kiedy lekarz chirurg, akuszer, itd., który się zaraził kiłą, może na nowo zacząć swoją praktykę bez obawy zarażenia chorych? Kwestyja ta, dotychczas zupełnie nie poruszana, przedstawia się bardzo ważną z jednéj strony dla tego, że lekarz-syfilityk, szczególnie chirurg, akuszer, bardzo łatwo może zarazić chorych, a z drugiéj strony dla tego, że lekarz pozbawiony z tego powodu możności praktykowania, pozbawionym jest równie i utrzymania.

(†) Urządzanie bezpłatnych ślizgawek dla dzieci rozpowszechnia się w Niemczech coraz bardziéj. Tak przeszłéj zimy oprócz w Monachium urządzono jeszcze wspaniałą ślizgawkę i w Bonn. Koszta urządzenia przyjęło na siebie towarzystwo, mające na celu rozwój fizyczny (*Verein für Körperpflege*).

(†) Przełożone szkół żeńskich w Berlinie zwróciły uwagę rodziców na wpływ szkodliwy, jaki wywiera noszenie książek w ręce. Od tego bowiem zależy po części skrzywienie kręgosłupa, występujące u dziewczynek od 11—14 lat. W wielu szkołach zaprowadzono obowiązkowe noszenie książek na plecach w torebkach umyślnie do tego sporządzonych.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 maja. Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lekarskiego dziekan, czyniąc zadość jednomyślnéj uchwale, zapadłéj na poprzedniem posiedzeniu, wyraził prof. Korczyńskiemu podziękowanie z powodu pozostania w Krakowie.

* Na wczorajszem posiedzeniu, po odczytaniu protokółu przemówił prof. Korczyński, dziękując zgromadzonym za wyrażone sobie przez przewodniczącego i sekretarza w imieniu Tow. Lek. uznanie. Następnie zdał sprawę prof. Cybulski z pracy Dra Sawickiego „O własnościach elektrycznych nerwów;“ w dyskusyi zabierali głos koledzy Gross, Piotrowski, zastępca przewodniczącego kol. Gluziński i prelegent.

* Na wniosek wiceprezesa Dr. Edwarda Krzyżanowskiego Wydział Rady powiatowéj buczackiéj przeznaczył kwotę 60 złr., a za staraniem lekarza powiatow. Dr. Wolańskiego Rada powiatowa stanisławowska przeznaczyła kwotę 120 złr. na zakupno krowianki dla szczepienia dzieci w powiatach wspomnianych w ciągu roku bieżącego.

Rosyja. *„Wojenno-sanit. Dieło“* podaje niezwykły przypadek śmierci, jaki miał miejsce w jednéj ze stanic Kubańskiego obwodu: trzeźwy żołnierz utonął w błocie wśród białego dnia i to przed samym urzędem gminnym.

Niedawno zmarły Dr. Szmidt w Odessie zapisał 6000 r. s. na utrzymywanie jednego łóżka w oftalmicznym szpitalu odeskim.

* **Wiadomości osobowe**. Ordynator szpitala Ujazdowskiego, S. Małachowski obronił w Petersburgu rozprawę p. t.: „Chemiczny skład i przyswojenie białkanów potasowych i sodowych“.

(Dr. J. T.) **Nekrologija**. W Latyczowie zmarł Dr. Mikołaj Odrowąż Zabroński, ur. w r. 1812, uczeń szkoły wileńskiéj. Laboratorium swoje chemiczne i zbiór narzędzi fizycznych ofiarował szkołom w Kamieńcu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 19: Dymnickiego: O działaniu chininy w niekt. cięższych przyp. przymiotu; Grundzacha: Kamienie żółciowe w żołądku.

Redakcyja otrzymała:

Dr. G. JASINSKI: Des injections intrautérines dans l'infection puerpérale, Paris 1889 in 8-vo str. 61. — Dr. A. SOKOŁOWSKI: Ü. luet. Stenose d. Trachea u. d. Bronchien (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1889) in 8-vo str. 9. — Tenże: Ein Beitrag z. Kasuistik u. Therap. d. primär. Larynxcarcinoms (Odbitka z *Internat. klin.* Rundschau 1888) in 8-vo str. 8. — Dr. PACANOWSKI: Kilka uwag w kwestyi t. zw. zanikowego nieżytu żołądka (Odbitka z *Wiad. lek.* 1888) in 8-vo str. 9. — Dr. K. GRABOWSKI: Alfred Biesiadecki (Odbitka

z *Czasu* 1889), in 8-vo str. 8. — Dr. DOBIESZEWSKI: Recherches s. l'influence des eaux de Marienbad, Paris 1889, in 8-vo str. 32 — Tenże: Sur le traitement p. l. eaux de Marienbad, in 8 vo str. 8.— Dr. J. KARLIŃSKI: Poszukiwania nad zachowaniem się niektórych grzybków chorobotwórczych w wodzie (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1888) in 8-vo str. 31. — Dr. BOGDANIK: Szkice herniologiczne (Odbitka z *Wiad. lek.* 1889, in 8 vo str. 11). — Dr. WALENTOWICZ: Otrucie kiełkami, in 8-vo str. 4. — Doc. Dr. JAWORSKI: Zarys patologii i terapii chorób żołądka, Warszawa 1889, in 8-vo maj. str. 152. — Dr. FILIPKIEWICZ: O guzach podskórn. spostrzeż. na tle gośćca przewl. u dorosłych (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1889) in 8 vo str. 10. — Prof. KISCH: Marienbad in d. Saison 1889, Prag 1889, in 8-vo str. 16.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

PIWO SŁODOWE

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego

aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 24 Kwietnia 1889 L. 338. 69—34—2

Sposób użycia: Dorosłe osoby używać mogą przed południem, przed wieczorem oraz idąc na spoczynek. Cena flaszki **36** cnt.

TABLETKI Z WYCIĄGIEM
KASKARY

7—52—20

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

CHORZY NA PŁUCA

znajdą umieszczenie w każdym czasie (zimą i latem) w moim zakładzie w **Görbersdorf** urządzonym specyjalnie dla płucowo-chorych. Lekarz Polak funkcyjonuje stale w zakładzie przez rok cały. Prospekta gratis i franko. 64—5—2

Dr. Brehmer.

IWONICZ

Zakład zdrojowo - kąpielowy (w Galicyi)

stacyja kolei „Iwonicz“

Szczawy alkal. słone — jod i brom zawierające.

Skuteczne w chorobach skrofulicznych i ich złośliwych następstwach w chorobach skórnych, syfilitycznych, reumatyzmie i w rozlicznych chorobach kobiecych.

Kąpiele mineralne, borowinowe, igliwijowe, tuszowe i rzeczne.

Mleko, żętyca, kefir, inhalatorjum.

Znakomita stacyja klimatyczno-lecznicza.

Pora kąpielowa podzielona na 3 sezony od 20 Maja do końca Września.

Mieszkania w 1-szym i ostatnim sezonie o $^1/_3$ część tańsze.

Lekarz zdrojowy **Dr. Kl. Dębicki**, b. asystent klin. Uniwersytetu Jagiellońskiego. 50—14—4

Prospekta rozseła franco *Dyrekcyja.*

Dawno uznana naturalna przeczyszczająca

WODA

FRANCISZKA JÓZEFA gorzka

wyborna przez swe łagodnie rozwalniające a silnie przeczyszczające działanie

zawiera w 100 grm. siarkanów 47·9 chlorku magnu 1·8, dwu węglanu sodowego 12. — Na składzie we wszystkich składach wód mineralnych; uprasza się jednak Panów Lekarzy używać zawsze oznaczenia „**Franciszka Józefa Woda gorzka**“

20—10—9 Dyrekcyja rozsyłki w Budapeszcie.

ROŻNÓW

Klimatyczne zdrojowisko na Morawie.

Pora zdrojowa od 15. **maja** do 15-go **września.**

zasłonięty od wiatrów północnych wysokiemi Karpatami i lasami szpilkowemi o łagodném, czystém, w ozon zasobném powietrzem, posiadający wielki równy park, szczególniéj nadaje się dla dotkniętych cierpieniami *krtani*, *płuc i ozdrowieńców*. Nowożytne wygody. Zimne i ciepłe kąpiele, aparaty pneumatyczne, wziewalnia, leczenie żętycą, mlekiem górskiem i kefirem. Stacyja pocztowa i telegraficzna. Ostatnia stacyja *Krasna via Weisskirchen*. Wszelkich wyjaśnień udziela najchętniej 51—3—2 **Miejscowy Komitet zdrojowy.**

Odszczególnioną medalem rządowym.

KROWIANKĘ

Wystawa krajowa. Kraków 1887.

pewną i czystą poleconą przez Kom. przem. Tow. lek. krak. rozsyła concess. ***Zakład Krowiankowy w Lisku*** po cenie **60** cnt. za fiolę szklanną lub kauczukową, wystarczającą do zaszczepienia 3 dzieci. 73—20—2

Skład w aptekach: Wgo K. Wiszniewskiego i Wgo L. Rosnera w Krakowie; Wgo J. Baisera i Wgo Sklepińskiego we Lwowie i Wgo Lepiankiewicza w Przemyślu.

Większe obstalunki znacznie taniej uprasza się kilka dni naprzód zamówić. ***Józef Freysinger***

lekarz miejski.

PIERWSZA DROGUERYA

Jakóba Wiśniewskiego, magistra farmacyi

w Krakowie, ulica Stradom

poleca

po cenach fabrycznych.

Wszelkie towary apteczne, środki uniwersalne, bandaże, aparaty, instrumenta, opatrunki chirurgiczne, oraz skład wód mineralnych. — Wszelkie zamówienia uskuteczniają się odwrotną pocztą. — Próbki i ceny na żądanie bezpłatnie i frco. 34—40—8

ZAKŁAD WODOLECZNICZY
na Chramcówkach w Zakopanem

otwarty cały rok.

Ceny od jednej osoby począwszy od 3 zlr. 50 na całodzienne utrzymanie i leczenie; pokoje kompletnie urządzone z pościelą. Cena zawisła od wielkości pokoju.

25—8—6 Dr. Chramiec, Dyrektor zakładu.

ZDROJOWISKO

TEPLITZ-SCHÖNAU

w Czechach, od wieków znane i słynne gorące, alkaliczno-solne cieplice (29·5—39°R.).—Kuracyja zdrojowa cały rok bez przerwy.

Wybitne przez swe nieprzewyższone działanie przeciw dnie, gośćcowi, porażeniom, nerwobólom i innym chorobom nerwowym; z świetnym skutkiem w chorobach następowych po ranach postrzałowych i ciętych, po złamaniach kości, w sztywnieniu stawów i skrzywieniach.

Wszelkich wyjaśnień udzielają i zamówienia na mieszkania przyjmują: dla Teplitz Inspektorat zdrojowy w Teplicach, dla Schönau Urząd gminny w Schönau. 63—6—2

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 25 Maja 1889. Nr. 21.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\,^1/_2$ „	$3\,^1/_2$ „	6 „

I. Przyczynek do teratologii tarczy nerwu wzrokowego.

Podał

Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

I. Szili w swym artykule *zur Morphographie der Papilla nervi optici*, ogłoszonym w styczniowym zeszycie *Centralbl. für praktische Augenheilkunde* za rok 1887, słusznie zwraca uwagę na okoliczność, iż jakkolwiek tarcza nerwu wzrokowego stanowi mianowicie to miejsce na dnie oka, na którem przy badaniu wziernikowem najpierw się zwykle zatrzymujemy, to przecież na zboczenia tejże od prawidłowego zwykłego kształtu zbyt mało zwracano uwagi. Szili opisał przypadek nieprawidłowego zagłębienia w dolnéj połowie zewnętrznéj trzeciéj części tarczy nerwu wzrokowego oka lewego. Zagłębienie miało kształt okrągły, średnica jego równała się $^1/_3$ średnicy tarczy. W zeszycie za sierpień i wrzesień r. 1888 tegoż pisma Makrocki podał przypadek bardzo do poprzedniego zbliżony. Zagłębienie w kształcie owalu znajdowało się w skroniowéj połowie tarczy nerwu wzrokowego oka prawego, cokolwiek poniżéj średnicy pozioméj, skroniowy brzeg zagłębienia zgadzał się z brzegiem saméj tarczy. W obu przypadkach środkowe naczynia siatkówki były odsunięte ku nosowéj jéj połowie. Wreszcie w zeszycie *Centralblattu* za listopad r. 1888 Peltesohn opisał przypadek miejscowego nieprawidłowego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego, które znajdowało się w zewnętrznéj części tarczy lewego nerwu wzrokowego, chociaż nie w dolnym i zewnętrznym odcinku tejże, lecz wprost ku zewnątrz, nadto miało oko kształt pionowego owalu, którego brzeg zewnętrzny zgadzał się z brzegiem zewnętrznym tarczy. Głębokość środkowego zagłębienia fizyjologicznego wynosiła 1 mm., głębokość nieprawidłowego zagłębienia 2 mm. Od brzegu nosowego ostatniego zagłębienia brały początek trzy drobne żyły, które kierowały się następnie ku wewnątrz i tworzyły zespolenia z drobnemi naczyniami, które prawdopodobnie pochodziły od naczyń środkowych siatkówki. Górne naczynie plamki żółtéj, *vas maculare*, nie pochodziło od naczyń środkowych, lecz występowało na powierzchnię wprost z pod brzegu zewnętrznego nieprawidłowego zagłębienia.

I. Przypadek pierwszy, który tu podaję, więcéj jest zbliżony do dwóch pierwszych przypadków (patrz fig. 1) A. B. 26-letni. W prawem oku zgoła żadnych zmian nie było, budowa miarowa, $V={}^{20}/_{20}$; w lewem oku, którego powieki, rogówka, tęczówka, soczewka i ciałko szklane również zupełnie były prawidłowe, nadmiarowość = 5 D. przy badaniu mikroskopowem znalazłem: tarczę cokolwiek przedłużoną w kierunku poprzecznym; żyły tarczowe (*venae papillares*) na powierzchni tarczy nie istnieją. Żyły górne skroniowa i nosowa biorą początek jako samoistne gałęzie cokolwiek ku wewnątrz od brzegu tarczy, przeciwnie tętnica górna tarczowa dość znaczną ma długość, gdyż prawie $1\,^1/_2$ średnicy tarczy i następnie dzieli się na górną skroniową i górną nosową tętnicę. Cztery naczynia plamki żółtej, dwie tętnice i dwie żyły mają prawidłowe pochodzenie i przebieg. W dolnéj części tarczy tętnice dolne skroniowa i nosowa występują na powierzchnię tarczy, jako pnie odrębne. Również dolna żyła skroniowa opisuje łuk prawidłowy dokoła plamki żółtéj. Wspomniane przezemnie naczynia występują na powierzchnię tarczy mniéj lub więcéj na połowie odległości pomiędzy jéj brzegiem a środkiem, a miejsca wyjścia ich tworzą na powierzchni tarczy prawie całkowite koło. Otoczona przez owe koło środkowa część tarczy przedstawia dość znaczne zagłębienie fizyjologiczne. Nadto w dolnym i zewnętrznym odcinku tarczy spostrzegamy błękitno-białawe lśniące miejsce w kształcie nieregularnego owalu, którego brzeg zewnętrzny położony prawie odpowiednio do średnicy pionowéj tarczy jest dość niewyraźny, brzegi zaś górny i dolny o wiele są wyraźniejsze. W kierunku brzegu zewnętrznego tarczy owal stopniowo się zwęża, natomiast brzegi jego co-

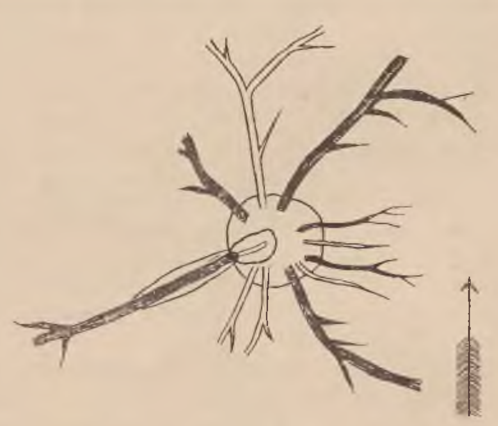


Fig. 1.

raz wyraźniejszemi się stają, szczególniéj zaś wyraźnym jest brzeg wewnętrzny, który łączy się z brzegiem wewnętrznym saméj tarczy. Już przy skręcaniu lusterka owal przedstawia się jako plama lśniąca, przy przesuwaniu soczewki brzeg tarczy bardzo się znacznie przesuwa na powierzchni owalu. Zjawiska te same przez się upoważniają do przypuszczenia w owalu znacznego zagłębienia na powierzchni tarczy, lecz zagłębienie jeszcze się więcéj uwydatnia z powodu, iż przechodzi przez nie naczynie, mianowicie dolna żyła nosowa. Ta ostatnia przechodzi w dolnéj części nosowéj połowy siatkówki, dochodzi do brzegu tarczy, (który stanowi równocześnie brzeg nieprawidłowego zagłębienia) i już na dość znacznéj odległości od brzegu tarczy nie wpadają do niéj żadne gałęzie, przynajmniéj takie, które dają się spostrzedz za pomocą wziernika. Na samym brzegu naczynie tworzy jakby hak, następnie kręto wstępuje do zagłębienia, na którego dnie możemy spostrzedz je nawet nieopodal zewnętrznego brzegu zagłębienia. Rzeczą godną jest uwagi, iż począwszy od brzegu tarczy i mniéj lub więcéj do połowy odległości do miejsca podziału dolną żyłę nosową otacza na wpół przeźroczysty płaszcz, a w skutek tego wydaje się na razie, że samo naczynie jest w tem miejscu jakby rozdętem w kształcie wrzeciona. Widzimy nadto, iż prócz obu żył skroniowych i naczyń plamki żółtéj, które ku niéj są skierowane, wszystkie inne naczynia są skierowane ku nosowéj połowie siatkówki. Pole widzenia było prawidłowe, oko zezowało ku zewnątrz, chory z trudnością rachował palce na odległość 0·5 metra.

II. A. R., 17-letnia, zdrowa i prawidłowo zbudowana dziewczyna, uskarża się na prędkie męczenie przy czytaniu lub szyciu, nadto, iż prawem okiem zupełnie czytać nie może. W lewem oku znalazłem nadmiarowość jawną = 2,5 D. W prawem oku, cokolwiek ku zewnątrz zezującem przy badaniu wziernikowem następujące znalazłem zmiany (fig. 2): środkowe naczynia siatkówki biorą początek na przestrzeni ograniczonéj, która oczywiście odpowiada zwykłemu położeniu tarczy nerwu wzrokowego. Ku górze udaje się tętnica i żyła tarczowa i następnie każde z tych naczyń dzieli się na gałęzie drugorzędne. Ku dołowi zwracają się dwa pnie, tętniczy i żylny, od których tylko drobne gałęzie początek biorą, w dalszym zaś kierunku oba naczynia udają się ku dolnéj części skroniowéj połowy siatkówki, jest to więc tylko dolna skroniowa tętnica i żyła. Stosunek wzajemnéj grubości tętnic i żył pozostaje zupełnie prawidłowym. Właściwéj tarczy nerwu wzrokowego, jak ją zwykle spostrzegamy, nie znajdujemy tu wcale, w okolicy tylnego bieguna widzimy tylko dwa nieprawidłowo podłużne utwory za pomocą mostka wąskiego ze sobą połączone; z tych jeden zajmuje miejsce tarczy nerwu wzrokowego, drugi zaś — plamki żółtéj. Do pierwszego, bliżéj końca wewnętrznego i ku wewnątrz od naczyń, przytykają trzy utwory mające kształt nie regularnego czworoboku, oddzielają je od właściwych brzegów utworu cienkie pasemka przez ziarnka barwikowe utworzone; w ten sposób powstaje tu jakby krzyż. Ze względu na barwę i lśniącą powierzchnię owe utwory dodatkowe najzupełniéj przypominają pęczki włókien nerwowych w siatkówce, które pochewki cewkowe zachowały, te same cechy optyczne przedstawia zresztą i sam utwór znajdujący się w miejscu tarczy i plamki żółtéj w obu końcach jego rozszerzonych miejscami spostrzegamy również

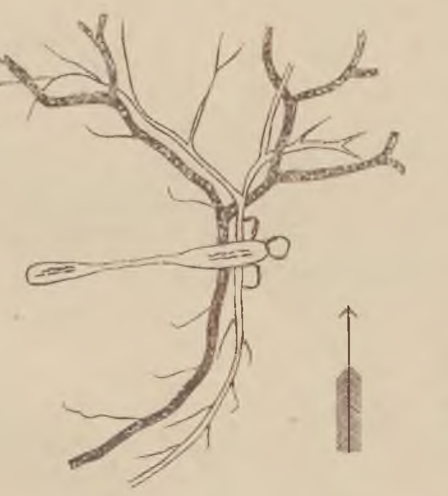


Fig. 2

ziarnka barwikowe. Pole widzenia na pozór prawidłowe, zresztą upadek wzroku o tyle był znaczny, że właściwie oko ledwo światło odróżniało. Za pomocą wziernika mogłem oznaczyć nadmiarowość = 3 D., zresztą innych jakichkolwiek zmian w oku nie znalazłem.

Nie ulega wątpliwości, iż w danym przypadku mieliśmy osobliwszą wadę dna oka. Ze względu na wielkie braki, które dotąd istnieją w embryjologii plamki żółtéj oka, właściwiéjby może było wstrzymać się od tłumaczenia rozwoju wady. Niech mi wszakże wolno będzie zwrócić uwagę na następujące okoliczności. Już uprzednio utrzymywano, że podczas rozwoju oka gałka okręca się dokoła swéj osi o 90°. Przed kilku laty Vossius (*Archiv f. Ophthalmologie* XXIX., 4, str. 119) udowodnił, iż u zapłodków naczynia środkowe wstępują do pnia nerwu wzrokowego w obrębie dolnego i wewnętrznego odcinka, u dorosłych zaś — w obrębie odcinka dolnego i zewnętrznego, nadto górny mięsień prosty u zapłodków więcéj jest posunięty ku stronie skroniowéj. Fakta te bezwarunkowo przemawiają za okręcaniem się gałki dokoła osi, jeśli zaś tak jest w istocie, to słusznie przypuścić możemy, że utwór, który w naszym przypadku zastępował tarczę nerwu wzrokowego i plamkę żółtą, początkowo znajdował się w obrębie zapłodkowéj szpary ocznéj. Ze względu na przytoczone własności optyczne tkanki utworu, stanowiły ją najprawdopodobniéj włókna nerwowe, które pochewki cewkowe zachowały. W takim zaś razie w danym przypadku przyznać musimy taki stosunek włókien nerwu wzrokowego do siatkówki, jaki znajdujemy prawidłowo w najwyższym stopniu rozwoju u ptaków, u których utwór odpowiadający tarczy nerwu wzrokowego u ssących, czyli miejsce wejścia nerwu tego do siatkówki, bynajmniéj nie jest okrągłem lecz znacznie wyciągniętem wzdłuż, długość zaś ta sama przez się określa długość grzebienia oka ptasiego. W ogóle wiemy, iż tarcza nerwu wzrokowego ma kształt okrągły w takim tylko razie, jeśli nerw wzrokowy zbliża się ku białkówce w kierunku mniéj lub więcéj prostopadłym, jeśli zaś połączenie ich pod ostrym następuje kątem, tarcza zawsze mieć musi kształt regularnego lub nieregularnego owalu. To samo otrzymamy w tym przypadku, jeśli nerw wzrokowy jest sam przez się spłaszczony; tak n. p. pomiędzy ssącymi mamy świstaka (*Handbuch d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* Tom 2, str. 245), u którego płaski nerw wzrokowy łączy się z siatkówką za pomocą poprzecznego pasemka, którego szerokość wynosi 0,7 mm., długość co najmniéj 10 mm. Dodam w końcu, że niedowidzenie oka w danym przypadku dostatecznie wytłumaczyć może sama zezowatość.

II. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki.

Podał
Dr. Antoni Mars
Docent położnictwa w Uniw. Jagiel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

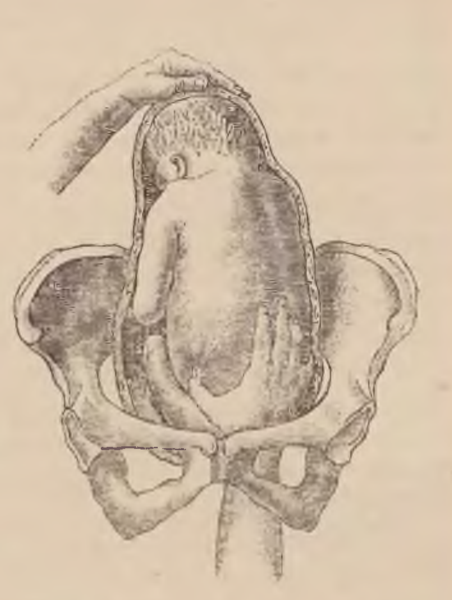
Wypowiedzenie stanowczego zdania w tym kierunku nie jest łatwem. Co do mego zdania, to powiedzieć muszę, że gdzie ręczny sposób nie prowadził do celu, użycie kleszczy na pośladkach jest sposobem, za pomocą którego wiele zyskać można. Wprawdzie zarzuty czynione są słuszne, ale do pewnego stopnia i tak, jeżeli się operuje ostrożnie, zakłada kleszcze uważnie i delikatnie, nie można uszkodzić części płodowych. Podczas zamykania i pociągania kleszczami uszkodzenie jest możebne, jednak ostrożnie postępując, nie powinno się go wywołać, a mianowicie, jeżeli operator nie zbliża zanadto trzonków kleszczy ku sobie. Jeżeli zaś operator trzyma trzonki lekko i nie zbliża ich do siebie, bardzo łatwo ześlizgują się one z pośladków. Ześlizgiwanie się kleszczy jest faktem nieprzyjemnym i tak dla matki jak i dla dziecka niebezpiecznym. Mimo to jednak, jeżeli operator postępuje uważnie i możność zesunięcia się klesz-

czy ma na uwadze, może to zawczasu spostrzedz, łyżki poprawić lub zdjąć. W każdym jednak razie nawet w tych przypadkach, gdzie się łyżki ześlizgują, gdy się je usunie, przekonać się nieraz można, że pośladki zstąpiły trochę niżéj, a pachwiny płodu, które przed założeniem kleszczy nie były dostępne, aczkolwiek trudno, dają się o tyle dosięgnąć, aby w nie wygodnie palce haczykowato zagięte założyć. Operacyja kleszczowa w tych warunkach nie przebiega pięknie, ale cel może być osiągnięty W każdym jednak razie, jeżeli ręczne zabiegi nie prowadzą do celu, założenie kleszczy na pośladkach, mimo bardzo poważnych głosów przeciwnych muszę uważać za sposób łagodniejszy od innych za pomocą instrumentów wykonywanych. W rękach wprawnego i zręcznego operatora uszkodzenie niemożebne, a szybciéj niż innemi sposobami płód się wydobyć daje.

Na płodach nieżywych radzą autorowie prócz sposobów opisanych jeszcze użycia kranioklastu, jak Hörner (l. c. s. 207), inni kephalotribu jak Hüter (l. c. s. 206). Krótki ten rzut oka na sposoby sprowadzania pośladków wysoko ustawionych niech usprawiedliwi pochopność moją do podania sposobu, za pomocą którego udało mi się sprowadzić pośladki w trzech przypadkach, gdy znane sposoby ręczne do celu nie prowadziły.

1. N. N. drugi raz rodząca, wyrobnica silnie zbudowana, dobrze odżywiona. Pierwszy poród czaszkowy prawidłowy. Badanie klatki piersiowéj wykazuje liczne nader rzężenia z dala od choréj już słyszalne, tętno szybkie, ciepłotę podniesioną, oddech przyśpieszony krótki. Macica odpowiada rozwojem końcowi ciąży, kurczy się dobrze, aczkolwiek w długich przerwach. Położenie płodu miednicowe I. Pochwa szeroka, ujście zupełnie rozwarte, we wchodzie pośladki wysoko ustawione ustalone. Poleciłem ułożenie rodzącéj na wpół siedzące, podanie baniek suchych na klatkę piersiową, lewatywę wypróżniającą, sam zaś udałem się do sąsiedniego pokoju z zamiarem wyczekiwania dalszego przebiegu. W niespełna godzinę nim sprowadzono bańki wezwała mnie położna zaniepokojona ogólnym stanem rodzącéj. Powróciwszy do niéj zastałem ją znacznie zmienioną, twarz nabrzękłą czerwoną, wargi sine, oddech więcéj przyspieszony, powierzchowny. Badanie wykazuje rozpoczynający się obrzęk ostry płuc, w czynności porodowéj postępu porodowego nie stwierdziłem prawie żadnego. W obec tego przystąpiłem niezwłocznie do wydobycia płodu za pośladki. Po stosownem ułożeniu rodzącéj, próbowałem zahaczyć palec do pachwiny ku przodowi położonéj, z wielkim trudem udało mi się koniec palca do pachwiny wprowadzić, ale o zahaczeniu, a tem mniéj o pociąganiu, mowy niebyło. Wprowadziłem rękę prawą do pochwy, aby użyć sposobu przez Boera i Brauna polecanego, nie mogłem jednak dostatecznie objąć pośladków, abym je mógł ściągnąć ku dołowi, a co więcéj ręka mi się ześlizgiwała. Ponieważ już dawniéj próbowałem na fantomie i trupie sposobu, który sobie wymyśliłem i takowy mi się udawał, postanowiłem skorzystać ze sposobności, miałem bowiem rękę odpowiedną już do pochwy wprowadzoną, postąpiłem zatem jak następuje:

Utwierdziwszy dno macicy ręką lewą, ułożyłem w pochwie rękę prawą na płask i posunąłem ją przez ujście między ścianą macicy, a kością krzyżową płodu ku górze aż na plecy płodu. Doszedłszy tak wysoko, że nadgarstek ręki méj prawéj leżał na kości krzyżowéj płodu, ułożyłem rękę na grzbiecie płodu tak, że trzy palce: wskazujący, średni i czwarty były wyprostowane wzdłuż kręgosłupa płodu, palce zaś: wielki i mały obejmowały płód tuż nad grzebieniami obu kości biodrowych. Podczas bólu porodowego macica silnie przyciskała rękę do grzbietu płodu, przez co ręka miała silne oparcie na płodzie, mimo, że nią płodu wcale nie ściskałem. Wówczas czując, że ręka ma na płodzie dostateczne oparcie, a palec wielki i mały opierają się o grzebienie kości biodrowych, pociągałem podczas bólu płód ku dołowi w sposób, jakbym chciał rękę na zewnątrz wyciągnąć. Zaraz podczas pierwszego bólu udało mi się pośladki ściągnąć niżéj, co powtarzając późniéj podczas następnych częstszych bólów, sprowadziłem pośladki na dno miednicy, następnie wysunąłem rękę na zewnątrz i zahaczywszy z łatwością palec w pachwiny płodu, zwykłemi sposobami wytoczyłem pośladki przed części rodne i szybko wydobyłem płód na zewnątrz.



Urodzony płód żywy płci żeńskiéj mógł ważyć niespełna 3000 gramów. Matka po operacyi niebawem przyszła do siebie i mimo rozległego nieżytu oskrzelowego przebyła połóg prawidłowy.

2. N. N. trzeci raz rodząca, wyrobnica. Poprzednie porody czaszkowe prawidłowe. Na twarzy, na brzuchu w okolicy podpępkowéj i na kończynach dolnych okazuje znaczne obrzęki. Macica ciężarna sięga dnem do połowy odległości pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Położenie płodu miednicowe I. Wargi sromowe i okolica więzadełka znacznie obrzmiała, pochwa szeroka, ujście rozwarte na 5 centim. w średnicy, pęcherza płodowego niema, po nad ujściem w szyi macicy pośladki ustalone. Wywiady wykazują, że czynność porodowa rozpoczęła się już od kilku godzin i że chora miała kilka napadów eklamptycznych. Niebawem po zbadaniu wystąpił znów napad. Podano morfinę, a potem chloroformowano pacyjentkę, utrzymując w lekkiéj narkozie. Po dwóch godzinach wystąpił znów napad. Ponowione badanie wewnętrzne wykazało ujście prawie zupełne rozwarte, pośladki zaś prawie w téj co i poprzednim razem wysokości. Postanowiłem rozwiązać chorą. Ponieważ w obec obrzmienia części płciowych o zahaczeniu palców w pachwiny mowy być nie mogło, przeto wszedłem ręką prawą do pochwy i wsunąłem ją do macicy w sposób w pierwszym przypadku opisany, poczem udało mi się pośladki z łatwością na dno miednicy sprowadzić, a następnie zwykłym sposobem zahaczywszy palce w pachwiny płodu takowe na zewnątrz wydobyć. Płód niedonoszony, odpowiadający rozwojem płodowi 8-mio miesięcznemu, żywy. Matka przebyła połóg prawidłowy.

3. Do N. N. pierwiastki, żony pachołka miejskiego, zostałem wezwany z powodu krwotoku podczas porodu. Blondyna szczupła, niedokrewna, powłoki ogólne blade, tętno słabe. Brzuch wydęty przez macicę ciężarną rozmiarów odpowiadających końcowi ciąży. Położenie płodu miednicowe I. Przed częściami rodnemi skrzepy krwi dość obfite. Z ujścia pochwowego wypływa świeża krew, pochwa wąska, ujście zewnętrzne macicy rozwarte prawie zupełnie. We wchodzie pośladki ustalone, wysoko ustawione. Co do źródła krwotoku, domyślałem się, że pochodzi z naddartego brzegu ujścia zewnętrznego macicy, z którego większe naczynie krwawić musi. W obec niedokrewności znacznéj pacyjentki postanowiłem szybko ukończyć poród. W tym celu postąpiłem jak w przypadkach wyż opisanych, a zabieg był równie pomyślnym uwieńczony skutkiem. Po odpowiedniem postępowaniu krwawienie ustało. Matka przebyła połóg prawidłowy. Dziecko płci męzkiéj nieduże żywe.

Przytoczone trzy przypadki przydarzyły mi się w ciągu 12-stu lat praktyki, za każdym razem rozchodziło się o ciężki stan rodzącéj, który wykonanie zabiegu wskazywał. Żałować mi przychodzi, że nie mam bliższych dat dotyczących wymiarów miednicy i płodów, co tutaj było rzeczą wielkiéj doniosłości. Ogólnie powiedzieć mogę, że wszystkie trzy płody były

nie wielkie, a jeden z nich niedonoszony. Może być, że właśnie ta okoliczność przyczyniła się do pomyślnego wyniku mego zabiegu i możeby nie był tak łatwym do wykonania, gdyby płody były dużo większe. Dwa zarzuty mogłyby mnie spotkać, a mianowicie: że tam, gdzie da się ręka posunąć tak wysoko po grzbiecie płodu między ścianą macicy a płodem, można też sprowadzić nóżki. W przypadkach wyż opisanych sprowadzenie nóżek nie było możebne i sądzę, że do sprowadzenia nóżek potrzeba zawsze daleko więcéj swobodnego miejsca, aniżeli do wprowadzenia ręki obok płodu do macicy. Podczas sprowadzania nóżek przylegające do brzuszka uda muszą zatoczyć łuk, którego promień odpowiada długości uda płodu. Ponieważ zaś uda utwierdzone są w stawie biodrowym, musi się zatem wśród zabiegu znacznie ściana macicy od pośladków oddalić, aby nóżki mogły być sprowadzone.

Drugi zarzut, jaki mnie spotkać może, jest ten, czy zawsze jest dość miejsca, aby obok pośladków można się do jamy macicy ręką dostać. Kwestyja ta może mieć miejsce tylko tam, gdzie macica silnie około płodu obciśnięta lub u pierwiastek gdzie ujście zewnętrzne macicy mocno napięte. W jednym i drugim razie sądzę, że posuwając rękę ostrożnie, powoli, podczas przerwy między bólami można ją między ścianą macicy a płodem dość wysoko wprowadzić, a gdyby to było zbyt utrudnionem, zachloroformowanie rodzącéj może się wiele do ułatwienia zabiegu przyczynić.

Mała stosunkowo liczba operowanych przypadków niedozwala mi polecania mego sposobu jako zawsze prowadzącego do celu, w każdym razie sądzę, że zasługuje na to, aby go szerszemu kołu kolegów zawodowych do wypróbowania i ocenienia przedstawić, co też niniejszem czynię.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Edmund Biernacki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Takim sposobem w fizyjologii ośrodkowego układu nerwowego w stanie hypnotycznym żab przypuszczamy dwa stany różne i wprost sobie przeciwne; z jednéj strony zmniejszenie pobudliwości i funkcyi rdzenia niżéj normy, z drugiéj, zwiększenie tych własności w pewnych ośrodkach mózgu dużego. Wyrażając się terminologiją nauki Brown-Séquarda mamy stan inhibicyi w rdzeniu i stan dynamogenii w mózgowiu. Jakim sposobem złączyć teraz te dwa stany różne i znaleść zależność między niemi? W tym celu musimy zwrócić się do fizyjologii ośrodkowego układu nerwowego, gdzie znajdziemy dane, które pozwolą nam rzecz objaśnić. Jest tam wiele faktów, dowodzących, że podrażnienie różnych części systemu nerwowego zmniejsza funkcyje innych; z drugiéj strony, że pognębienie jednych zwiększa funkcyje drugich. Między niektóremi częściami mózgu dużego i rdzeniem zależność ta występuje bardzo wyraźnie: podrażnienie niektórych części mózgu dużego zmniejsza znacznie działalność odruchową, czyli funkcyję rdzenia pacierzowego. Na odwrót, przy zmniejszeniu czynności substancyi szaréj zwiększa się w ogólności działalność odruchowa. Podobne stosunki obserwujemy w jednéj i téj saméj części systemu nerwowego. Z badań nad ośrodkami psychomotorycznemi widać, że drażnienie organów zmysłów (wzroku, słuchu, węchu), a przez to i drażnienie ośrodków odpowiednich, znacznie pognębia funkcyje, zmniejsza pobudliwość psychomotorów. Drażnienie nerwów czuciowych wywiera wpływ podobny, jak w ogóle proste drażnienie ośrodkowe różnych części kory mózgowéj (Bubnow, Heidenhain, Tarchanow). W hypnozie cała istota rzeczy sprowadza się do takiéj zależności różnych ośrodków mózgu dużego i rdzenia. Gdy mamy raz w pewnych ośrodkach mózgu dużego stan podrażnienia, zwiększonéj pobudliwości, w ośrodkach, które wywierają wpływ na działalność rdzenia, czynności tegoż i jednocześnie jego normalna pobudliwość zmniejszają się. Ale jednocześnie rozdrażnienie niektórych ośrodków mózgu dużego powinno mieć wpływ na pobudliwość i funkcyje innych jego ośrodków: i tutaj powinno się zjawić takie same zmniejszenie pobudliwości i czynności, jakie obserwowano w podobnych warunkach w doświadczeniach nad ośrodkami psychomotorycznemi. Naturalnie rzecz nie jest prostą; przeciwnie z powodu złożonéj budowy ośrodkowego systemu nerwowego powinien zjawić się bardzo złożony obraz rozdrażnienia i pognębienia. Można przypuścić, że jeżeli w pewnych ośrodkach mózgu dużego w hypnozie zjawi się stan rozdrażnienia, to stan ten rozprzestrzeni się i na inne ośrodki, zapewne takie, które znajdują się w jakimś bliższym związku z pierwszemi. Przez to w innych znowu miejscach, więcéj oddalonych, pozostanie stan przeciwny, znowu w innych pewno nie będzie żadnych zmian. Wracając do rdzenia pacierzowego, powinniśmy zauważyć, że chociaż w doświadczeniach naszych z hypnotyzmem nie mieliśmy wskazówek, aby niektóre części jego znajdowały się w stanie nie pognębionym lub nawet w stanie zwiększonéj pobudliwości, mimo to powinniśmy mieć na względzie, że i to może istnieć, wychodząc z zasad fizyjologicznych. Wiadomem jest n. p., że pognębienie substancyi szaréj we śnie zwiększa nie wszystkie odruchy (głównie dotykowe, gdy tymczasem odruchy bólowe zmniejszają się znacznie); podobne fakty mają miejsce przy drażnieniu pewnych części mózgu dużego. Drogi dla różnych odruchów są różne w rdzeniu; jeżeli więc odruchy, jako wyraz działalności rdzeniowéj, zachowują się niejednakowo względem drażnienia ośrodków w mózgu dużym, to oczywiście oddzielne zwoje w nich i systemata odpowiadają na to samo w jednym przypadku rozdrażnieniem, w drugim przygnębieniem. Ale możebną jest rzeczą, że w hypnozie rzeczywiście zmniejszoną jest pobudliwość i funkcyja całego rdzenia z powodu uczestnictwa wszystkich ośrodków w mózgu dużym, mających wpływ na działalność rdzeniową.

Fakty pozwoliły nam zrobić przypuszczenie o zwiększonéj w ogóle pobudliwości mózgu dużego i zmniéjszonéj w rdzeniu. Co się zjawia najpierw, a co następczo? W ogóle hypnoza powstaje i u ludzi i u zwierząt (Beard) przy skupieniu działalności mózgowéj na jednéj idei. To skupienie wywoływane bywa w większości przypadków przez dopływ do mózgu dużego przez pewien przeciąg czasu podrażnień jednostajnych przez różne organy zmysłów; przy tem staramy się, o ile jest to możebne, o usunięcie innych lub silniejszych podrażnień. Przy usypianiu żaby sprawiamy u niéj podrażnienia skórne z powierzchni grzbietu, podrażnienia dotykowe nie silne i jednostajne. Z powodu ich nowości, niezwyczajności podrażnienia te prawdopodobnie wywołują skupienie działalności mózgowéj w pewnych ośrodkach mózgu dużego u żaby. Normalne podrażnienia, działające w życiu zwykłem zwierzęcia, dochodząc do mózgowia, sprawiają i podtrzymują w nim pewien stopień pobudliwości (Pflüger); podrażnienie przy hypnotyzowaniu działając ciągle w przeciągu pewnego czasu i skupia-

jąc działalność mózgową w pewnych ośrodkach najprawdobniéj wprawiają je w stan zwiększonéj drażliwości, jaką zauważamy u naszych żab. A już następnie przez mechanizm działalności systemu nerwowego, w moc wpływów tamujących jednych ośrodków na drugie, zjawia się stan zmniejszonéj pobudliwości i działalność w innych działach. Pierwsza hypnotyzacyja wywołuje stan zwiększonéj drażliwości dość trudno: w tym razie jednostajność wrażeń trafia na grunt świeży, nieprzygotowany; ale po pierwszym krótkim śnie pozostaje ślad tego podrażnienia. W rzeczy saméj objektywnie zauważamy te blaski, ostatnie fale hypnozy. Przy następnem usypianiu wrażenia spotykają ośrodki już nieco podrażnione i w tym razie łatwiéj powstaje skupienie działalności mózgowéj i powstanie zwiększonéj pobudliwości. Atropina, kokaina, sprawiając stan podrażnienia w pewnych miejscach mózgowia, zamieniają sobą edukacyę hypnotyczną: na gruncie podrażnionym łatwiéj powstaje stopień drażliwości, właściwy hypnozie.

Ale jeżeli ośrodki mózgowia stanowią pierwsze ogniwa w łańcuchu hypnotycznym, to i rdzeń posiada pod tym względem znaczenie niemałe. Zmniejszenie jego pobudliwości jest także warunkiem koniecznym istnienia hypnozy. Uderza nas w saméj rzeczy fakt, że przy rozdrażnieniu za pomocą strychniny i przy zwiększeniu przez to pobudliwości rdzeniowéj, hypnoza zostaje przerywaną, staje się powierzchowną, lekką. W tym kierunku jeszcze więcéj wyraźnem jest doświadczenie z zastosowaniem bezpośredniem tebainy na półkule mózgowe, gdzie widzimy olbrzymią różnicę dla hypnozy podrażnienia mózgu dużego i rdzenia. Z drugiéj strony, gdy działanie trucizn istnieje już czas pewien, gdy w skutek tego wyczerpuje i zmniejsza się pobudliwość ośrodków, hypnoza powtórnie staje się głębszą. Trudno powiedzieć, dlaczego zwiększenie pobudliwości rdzenia w czasie snu hypnotycznego przerywa go. Mało wiemy o bezpośrednim wpływie drażnienia rdzenia na stan ośrodków mózgowia. Możebną jest rzeczą, że takie podrażnienie sprawia przygnębienie odpowiednich ośrodków mózgu dużego: jeżeli rzeczywiście tak się dzieje, to sztuczne zwiększenie drażliwości rdzenia zmniejsza pobudliwość ośrodków rozdrażnionych w mózgowiu, powstaje tym sposobem mniéj lub więcéj pobudliwość normalna — i hypnoza zostaje przerwaną.

Daléj przypisujemy temu zmniejszeniu drażliwości rdzenia odruchową anestezyję: według naszego zdania zmniejszenie pobudliwości rdzenia rozchodzi się i na wychodzące z niego nerwy czuciowe i ruchowe. Pod tym względem nie zgadzam się z Danilewskim, który patrzy na anestezyję, jako na wpływ tamujący półkul mózgowych. O ile objawy kataleptyczne zależą od zmniejszonéj czynności rdzenia, nie mogę nic twierdzić, nie posiadając danych na to w swoich doświadczeniach. Nareszcie i zmiany czucia skórnego przy *Dyspnoe-versuch* przed i po otruciu należy także policzyć na karb rdzenia. Zjawisko to objaśnić bardzo łatwo. Przy utrudnionem oddechaniu zwiększa się ilość kwasu węglowego we krwi i powstaje rozdrażnienie ośrodków mózgowia, a co jest ważniejszem, rdzenia: ztąd i czucie, jako wyraz tego podrażnienia, zwiększa się. Mając za punkt wyjścia zdanie, które wygłosiliśmy o znaczeniu rdzenia w hypnozie, przebudzenie zwierzęcia następuje jako skutek podrażnienia rdzenia: kwas węglowy wywiera w tym razie wpływ podobny do wpływu strychniny. Przy zatruciu strychniną lub tebainą zebranie się kwasu węglowego, trafiając na ośrodki silnie podrażnione i wywołując nowe podrażnienie, sprawia porażenie rdzenia: dwa czynniki drażniące działają w tym razie, jak silna dawka strychniny lub tebainy, która wywołuje porażenie, a stąd i zmniejszenie czucia. Przy stosowaniu na półkule atropiny, gdzie rdzeń pozostaje nie podrażnionym, kwas węglowy daje taki sam rezultat, jak przy hypnozie normalnéj.

Mniemam, że dane otrzymane przezemnie drogą doświadczalną, stwierdzają jeszcze raz zdanie o istnieniu stanów hypnotycznych u zwierząt. Wszystkie obserwacyje moje dowodzą, że hypnoza u żab jest pewnym stanem ośrodkowego układu nerwowego, posiadającym za podstawę fakta fizyjologiczne. Stan ten nazywamy hypnozą, czyli snem, ale ze wszystkiego, co powiedziałem, łatwo wypowiedzieć wniosek, że to nie jest naturalny zwykły sen. Hypnoza jest stanem odrębnym, nawet w wielu rzeczach wprost przeciwnym do snu. Najpierw ma to miejsce względem rdzenia pacierzowego. W śnie normalnym rdzeń nie śpi, niema w nim zmniejszonéj pobudliwości i przeciwnie sądząc z nasilenia niektórych odruchów, w ogóle rdzeń znajduje się w stanie zwiększonéj pobudliwości. Tymczasem co do hypnozy eksperymenta nasze wykazały, że rdzeń znajduje się w stanie zmniejszonéj drażliwości, tak, że hypnozę można nazwać snem rdzeniowym. Co do mózgowia, hypnoza posiada pewne cechy podobieństwa ze snem zwykłym: i jedno i drugie jest snem woli, umysłowości, snem odpowiednich dla tych czynności ośrodków. Ale jeżeli przyznaliśmy, że w hypnozie ma miejsce w ogóle stan zwiększonéj pobudliwości mózgowia, to we śnie zwykłym mamy w ogóle stan zmniejszonéj drażliwości. Mamy więc podobieństwo i różnicę. Jeżeli jednak w hypnozie istnieją inne zmiany molekularne w substancyi mózgowéj, niż we śnie zwykłym, to naturalnie podobieństwa nie ma, a różnica jest jeszcze większą.

Hypnoza u żab zjawia się w formie nader prostéj z powodu prostoty względnéj niezłożonéj budowy ich ośrodkowego układu nerwowego. Ilość objawów téj hypnozy jest nieznaczną, form jéj — niewiele. Mimo to hypnoza ta nie różni się od objawów hypnotycznych u ludzi: wszystko, co widzimy w hypnotyzmie zwierzęcym, katalepsya, anestezyja, abulija, znajdujemy w różnych stadyjach i formach hypnozy ludzkiéj. Nawet względem fizyjologii hypnozy, to cośmy znaleźli w mózgu dużym — dynamogenię w niektórych ośrodkach, przyznano już dawniéj dla ludzi. U tych ostatnich przez większy rozwój i różnorodność ich ośrodkowego systemu w porównaniu z żabim, hypnoza jest zasobną w formy, w wiele ciekawych osobliwości. Przypomnijmy sobie, wiele objawów wywołujemy u hypnotyków za pomocą suggestyi, któréj nie można zastosować u zwierząt. Ale u zwierząt, posiadających czyste, schematyczne formy hypnozy, możemy bliżéj przystąpić do rzeczy, zbadać wiele razy bezpośrednio stan ośrodków nerwowych, a stąd wnioskować o jestestwie i fizyjologii hypnotyzmu; tymczasem jest to trudnem, prawie niemożebnem do uczynienia u ludzi, u których badaniu hypnozy stawia przeszkody indywidualność, umysłowość *medium*, jego stan zdrowia, nareszcie mimowolna suggestyja. Mimo to dziwną jest rzeczą, dla czego ta przewaga zyskała sobie tak mało badaczy hypnozy zwierzęcéj, dla czego hypnotyzm jest prawie jedyną kwestyją fizyjologiczną, ku rozwiązaniu któréj nie idziemy tą drogą, jaką idziemy przy badaniu innych pytań fizyjologicznych, choćby czynności mózgowia — drogą eksperymentalnéj obserwacyi?

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Straus i Wurtz: **O działaniu soku żołądkowego na niektóre mikroby chorobotwórcze.**

Jakkolwiek działanie antiseptyczne soku żołądkowego na czynniki patogoniczne jest powszechnie uznane, to jednak zdanie to opiera się na nadzwyczaj nielicznych doświadczeniach (Spallanzani). Ażeby braki te wypełnić, podjęli S. i W. szereg doświadczeń *„in vitro“* nad działaniem soku żołądkowego na niektóre najważniejsze prątki, jakoto: gruźlicy, wąglika, duru brzusznego i cholery. Do doświadczeń używali autorowie soku żołądkowego pochodzącego od psa, o zawartości kw. solnego 2·9 p. mille, z barana (1·19 p. mille) i człowieka (0·94 p. m.); sok ten przed każdem doświadczeniem badano pod względem siły trawienia białka. Sok żołądkowy świeżo wydobyty zawierał większą lub mniejszą ilość mikroorganizmów i zarodników, które to mikroorganizmy, jak badania drobnowidowe wykazywały, nie tylko nie rozwijały się w soku żołądkowym, lecz owszem ilość ich się ciągle zmniejszała, a nawet po kilku dniach znikały zupełnie. Jeżeli małą ilość świeżego soku żołądkowego zaszczepiono na pożywkę żelatynową, to po kilku dniach powstawały liczne kolonie mikrobów, podczas gdy sok w ośm dni po wydobyciu szczepiony okazywał się jakby sterylizowany. Jedyny wyjątek stanowi sok żołądkowy barana, który to sok nawet w 15 dni po wydobyciu zawiera *bacillus subtilis*, prątek zresztą jak wiadomo nadzwyczaj odporny.

Doświadczenia wykonywano w następujący sposób: 1 cm³ soku żołądkowego umieszczali autorowie w rurce probierczéj sterylizowanéj i za pomocą pętli platynowéj zaszczepiali hodowlę tego prątka, którego odporność dla soku badać zamierzali; wszystko to znajdowało się w stałéj ciepłocie, wynoszącéj 38° C., sprzyjającéj trawieniu. Następnie w różnych okresach czasu szczepili S. i W. część soku na żelatynę (uważając na to, aby żelatyna mimo to zachowała oddziaływanie alkaliczne.) Po 2 lub 3 dniach badali wytworowe kolonie i przekonywali się, czy między niemi znajduje się prątek zaszczepiony sokowi żołądkowemu. Dla prątka gruźliczego opisany sposób postępowania jest niepraktyczny, autorowie przeto musieli się uciec do wstrzykiwania soku żołądkowego, w którym ten prątek przez pewien czas przebywał, królikom i świnkom morskim.

Z doświadczeń opisanych wyniki były następujące.

1) Sok żołądkowy, który mieścił w sobie hodowle prątka gruźliczego przez 1—6 godzin, zaszczepiony zwierzęciu, wywołał w miejscu szczepienia ognisko gruźlicze, a wkrótce potem gruźlicę ogólną. Jeżeli sok żołądkowy działał na prątki 8—12 godzin, to sprowadzał tylko ognisko gruźlicze miejscowe, (które po pewnym czasie się goiło) bez gruźlicy ogólnéj. Wreszcie wstrzyknięcie hodowli prątka gruźliczego, podanego działaniu soku żołądk. przez 18—30 godzin, nie wywoływało nawet zmiany miejscowéj.

2) Na jad wąglikowy działa sok żołądkowy o wiele silniéj. Wielokrotnie bowiem powtarzane doświadczenia wykazały, że wszelkie hodowle prątka wąglikowego bez względu na wiek i stopień rozwoju (laseczniki czy zarodniki) zostają zupełnie zniszczone działaniem soku żołądkowego **w przeciągu pół godziny**. Wyniki te stoją w sprzeczności z wielką odpornością, którą prątkowi wąglikowemu powszechnie przypisują, jednakże wyniki te powtarzały się we wszystkich właśnie z powodu tych wyników licznie przeprowadzanych badaniach. Nadto sprzeciwiają się doświadczenia te danym, które posiadamy o wągliku występującym w trzodach, a wywołującym główne zmiany w jelitach, bez wątpienia przeszedłszy bezkarnie przez żołądek. Lecz badań nad sokiem żołądkowym czystym z hodowlami czystemi nie można odnieść wprost do tłomaczenia tego, co się dzieje w żołądku zwierząt roślinożernych, gdzie sok żołądkowy jest bardzo rozcieńczony przez pokarmy i jego działanie antiseptyczne osłabione.

3) Prątki duru brzusznego giną po przepędzeniu 2 do 3 godzin w soku żołądkowym psa, człowieka i owcy.

4) Prątki cholery azyjatyckiéj mogą się opierać działaniu soku żołądkowego przez 2 godziny.

Ażeby rozstrzygnąć pytanie, jakie jest działanie soku żołądkowego na prątki chorobotwórcze, czy on działa wprost przez strawienie, czy też przez własności przeciwgnilne (antiseptyczne) kwasu solnego, wykonali autorowie szereg doświadczeń zupełnie takich samych jak wyżéj opisane, lecz w miejsce soku żołądkowego używali kwasu solnego w tym stosunku, (w takiem rozcieńczeniu), w jakim się w soku żołądkowym znajduje. Reszta warunków, nie wyjmując ciepłoty (38° C.), była taka sama. Przypatrując się otrzymanym wynikom, przychodzimy do przekonania, że kwas chlorowodowy sam, rozcieńczony w wodzie w téj saméj ilości, w jakiéj jest zawarty w soku żołądkowym, działa zabijająco na mikroby, przynajmniéj tak samo energicznie jak sok żołądkowy sam. Obecność więc pepsyny nie dodaje nic do jego działania. Sok żołądkowy zatem nie trawi mikrobów, jego rola jest czysto rolą środka przeciwgnilnego, a czynnikiem przeciwgnilnym jest kwas solny.

W końcu autorowie zwracają uwagę na to, że wyników podanych nie należy odnosić bez zmiany do trawienia fizyjologicznego. W doświadczeniach opisanych bowiem wykonanych *„in vitro“* działa sok żołądkowy czysty na czyste hodowle mikrobów, działanie tu zatem może się odbywać o wiele silniéj niż w żołądku, gdzie te mikroby są często zawarte w pokarmach wśród tkanek zwierzęcych lub roślinnych (często trudno strawnych, a więc bez zmiany do jelit przechodzących). Nadto sok żołądkowy jest tu rozcieńczony przez pokarmy i napoje. W doświadczeniach tak, jak je S. i W. podali, działanie przeciwgnilne przedstawia *maximum*, którego w fizyjologicznem trawieniu nie ma nigdy. (*Archives de Médecine experimentale et d'anat. pathologique.* 1889 Nr. 3, Tome I, p. 370—385). *A. B.*

Patologija.

Lesser. **O zaszczepianiu gruźlicy przez skórę.**

Przy powstawaniu zmian gruźliczych na zdrowéj skórze zasługują następujące trzy okoliczności na uwagę: 1) Jad dostaje się do skóry przez ujście przewodu gruczołów potnych. 2) Istota płynna zawierająca w sobie jad gruźliczy musi przez dłuższy czas macerować skórę. 3) Odziedziczone usposobienie także tutaj odgrywa rolę. Za słusznością twierdzenia 1-szego przemawia przypadek L., w którym około przewodów gruczołów łojowych wytworzył się naciek komórkowy z ogniskami serowatemi i komórkami olbrzymiemi. Ad 2) znajdujemy w literaturze przypadki, w których kobiety pierwiéj zdrowe i nawet dziedzicznie nie obciążone zaraziły się przez pranie bielizny swych gruźliczych mężów. Ad 3) Gruzełek trupi rozwija się najchętniéj u osób dziedzicznie obciążonych, podczas gdy inne osoby zostające w tych samych warunkach, n. p. zajęte w pracowniach patologicznych, nie ulegają zarażeniu. Zakażenie całego ustroju z takiéj zaszczepionéj gruźlicy skóry nie jest dotąd na pewno stwierdzone. (*D. m. Woch.* 1888 Nr. 29). Dr. *Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Liebig (Reichenhall): **O chorobie górskiéj.**

Choroba górska nagabywa niewyćwiczonych turystów w wysokości 3 tysięcy metrów i wyżéj i objawia się w mniejszym stopniu przyspieszeniem tętna i oddychania, uczuciem ciężkości na piersiach i prędkiem męczeniem się. W większym stopniu przyłączają się objawy braku tlenu w krwi, osłabienie w odnogach dolnych, zawrót głowy, nudności itd., nareszcie napełnienie układu żylnego i wybroczyny naczyń włosowatych powierzchownych. Te objawy tłomaczy L. rozrzedzeniem powietrza w pewnéj wysokości. Mniejsze parcie powietrza na górach przeciwstawia wydechowi mniejszy opór, niż na dole. Przez to pod wpływem rozrzedzonego powietrza oddech się przyspiesza, staje się płytkim i nie wnika dość głęboko. Płuca mniéj się rozciągają, średnie ich światło się zmniejsza, przyjmują mniéj krwi, która w większéj ilości zbiera się w żyłach i nie przyczynia się dostatecznie do wymiany gazów. Z tego wynika brak tlenu we krwi i przepełnienie układu żylnego krwią. Przypady te pogarszają się przy wysileniach fizycznych, które wzmagają napływ krwi do żył i potrzebę tlenu. Przychodzi wtedy do znacznéj duszności,

nudności i wystąpienia krwi z naczyń powierzchownych. Dotknięty musi położyć się na ziemi i leżeć spokojnie, wtedy dopiero objawy te ustępują. (*Intern. klin. Rundsch.* 1889 Nr. 13). Dr. *R. Spira.*

Chirurgija.

Prof. Mosetig-Moorhof: (Wiedeń): **O leczeniu guzów jamistych.**

Prof. M. użył nowego sposobu do wyleczenia guza jamistego na udzie prawem, a był nim dwutlenek wodu $H^2 O^2$ jako środek polecony przez Nussbauma i Neudörfera, sprowadzający skrzepnienie krwi. Na pierwszem posiedzeniu wstrzyknął we wnętrze nowotworu 5·0 wspomnianego środka, w parę dni potem, widząc poprawę, wstrzyknął drugą dawkę i powtarzał to samo co parę dni; po siódmem wstrzyknieniu guz o $^3/_4$ się zmniejszył, a w parę tygodni potem zupełnie zanikł. Dodatnią stronę tego sposobu leczenia stanowi i ta okoliczność, że boli tylko wkłucie igły, podczas gdy dalszy zabieg już jest niebolesny, bo środek znieczula zarazem. (*Wiener med. Woch.* 1889, Nr. 1). *Dr. Kraus.*

Ginekologija.

Swięcicki: (Poznań): **Przyczynek do suchego leczenia ginekologicznego (Dry Treatment).**

Sposób suchego leczenia ginekologicznego polega na stosowaniu proszków lekarskich i tamponów rozmaitego materyjału i rozmiaru. Przytem działa się w sposób stały i łagodny nie tylko na narząd chory, ale też na wszystkie narządy miednicy. Tampon z waty lub z wełny owczéj ma mieć $6^1/_2$ mm. długości i około $3^1/_2$ mm. średnicy i może służyć mechanicznie jako podpora macicy zamiast wianka, albo też jako środek do ustalenia i wprowadzenia rozmaitych środków lekarskich. Z proszków stosuje się węgiel drzewny i zwierzęcy, skrobię, dwuwęglan sodowy, kwas borowy, jodoform, kwas salicylowy, chlorek rtęciowy, ałun i inne. Proszki wysuszają i chronią błonę śluzową pochwy, mają zmniejszać nadmiarową kwasotę śluzu pochwy i alkaliczność wydzieliny macicznéj i mają działać przeciwgnilnie ściągająco i wsysająco. Po starannem oczyszczeniu i obtarciu części zajętych wdmuchiwa się te proszki, a późniéj wkłada się tampon.

Autor stosuje tylko cztery proszki, które mu wystarczają na wszelkie przypadki. Mianowicie: azotan bismutowy zasadowy, jodoform garbnikowy aa. 1:4, ałun 1:4, dwuwęglan sodowy i chlorek rtęciowy, cukier aa. Azotan bismutowy jest środkiem pokrywającym, chroniącym, przeciwgnilnym i zmniejsza nadmiarową kwasotę i alkaliczność wydzieliny części płciowych. Jodoformu garbnikowego używa autor w obec zranionych warg macicznych. Ałun zmniejsza nadmierne wydzielenie i działa ściągająco. Kalomelu i cukru aa. używa autor do zasypania w rzeżączce pochwy po dokładnem oczyszczeniu za pomocą waty, zmaczanéj w 5-procentowym roztworze chlorku sodowego. Takie zasypywanie kalomelem stosował autor dotychczas w trzech przypadkach, zawsze z dobrym skutkiem. (*Allgem. Medic. Central. Ztg.*, 1889 r.). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

S. Ehrmann: **Jodoformium bituminatum, nowy przetwór jodoformowy i jego zastosowanie w leczeniu wrzodów skórnych, mianowicie wrzodu miękkiego.**

Aby usunąć ganione przez wszystkich ujemne strony jodoformu, mianowicie uczynić go bezwonnym i zapobiedz powikłaniom, występującym po zastosowaniu go, t. j. wypryskowi i rumieniowi, aby wreszcie powiększyć jego działanie wobec wrzodów podminowanych, mięszał autor jodoform ze smołą, która ogranicza szerzenie się wrzodów szczególnie zgorzelinowych. Przetwór tym sposobem otrzymany przedstawia się jako przeźroczyste połyskujące łuski; barwa ich jest metaliczno-brunatna. Łuski te łatwo można zamienić w proszek, który nie posiada nieprzyjemnéj woni jodoformu, natomiast wyraźnie przypomina zapach smoły, który występuje tylko przy wielkiéj jego ilości, co łatwo usunąć dodatkiem styraksu. E. używał tego przetworu wobec wrzodów miękkich, otwartych dymienic, wrzodów odnóg dolnych i wrzodziejących kilaków skórnych. (*Centralbl. f. Therapie*). *Dr. Baschkopf.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

D. C. Fränkel: **Odwietrzanie studzien i zarodniki grzybkowe w wodzie gruntowéj.**

Autor przeprowadziwszy szereg doświadczeń z odwietrzaniem studzien streszcza wyniki tychże w następujący sposób: woda gruntowa nawet w bardzo zanieczyszczonym gruncie, od dawna zabudowanym i zamieszkanym, jest wolną od bakteryj. Studnie rurowe jak Northonowskie nie przedstawiają przeto niebezpieczeństwa, żeby się miały zanieczyszczać z głębi wodą gruntową i z powodu swéj budowy wolne są także od zanieczyszczenia z boku. Dlatego ponajwiększéj części nie potrzebują one odwietrzania, a gdy tego zachodzi potrzeba, wyczyszczenie rury mechaniczne, wypompowanie wody, a w najgorszym razie wlanie rozczynu, złożonego z kwasu karbolowego i siarkowego, wodę w takiéj studni gruntownie oczyszcza. W studniach zaś zwyczajnych, czy to murowanych czy też o ścianach drewnianych, nazwanych przez Plaggego potworami higijenicznemi, oczyszczenie gruntowne jest prawie niemożebne i trwa stan znośny w nich po oczyszczeniu tylko bardzo krótki czas. Odwietrzać także studnie radzi autor za pomocą wapna. (*Zeitschrift f. Hygiene* B. VI. H. I). *J. B.*

Sprawa wodociągowa krakowska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Wiadomo, że zasób wód gruntowych i wydatność źródeł zależą od opadów atmosferycznych, a powtóre, że żadnéj niema zasadniczéj różnicy między wodą gruntową a źródlaną. Taż sama woda znajdując się w jednem miejscu ziemi będzie gruntową, a występując nieraz bardzo blisko na wierzch, staje się źródlaną. Takie miejsca są w okolicach Krakowa.

Pewna jednak, a pod względem sanitarnym nader ważna i ztąd dla wodociągów rozstrzygająca różnica istnieje między wodami gruntowemi powierzchownemi a wodami gruntowemi głębokiemi i źródłami z nich pochodzącemi.

Mierząc temperaturę wód źródlanych zaraz przy wydobyciu się ich na wierzch, znajduje się nader rozmaite temperatury; w ogólności wszakże temperatury źródeł zbliżają się bardzo do średniéj temperatury powietrza w danéj okolicy. Zimniejsze są źródła w sferach umiarkowanych, niż podzwrotnikowych. Daléj są źródła temperatury ciągle prawie stałéj i od zmian atmosferycznych niezależnéj. Tak n. p. woda w zdrojach regulickich ma latem i zimą, przy największych mrozach i największych upałach zawsze stale od 9·2° do 9·6° C. Inne zdroje są jeszcze cieplejsze, jak n. p. rozmaitego rodzaju cieplice.

Ta rozmaita wprawdzie, dla tychże samych atoli źródeł stała lub przynajmniéj bardzo mało zmienna temperatura ma swą przyczynę w następującéj okoliczności.

Pomiary termometryczne dowodzą, że największe zmiany temperatury są na powierzchni ziemi, że zapuszczając się w głąb, mamy zmiany coraz mniejsze, a w głębokości w strefie umiarkowanéj około 24 metrów mamy ciągle jednaką temperaturę, równą średniéj rocznéj danego miejsca. Idąc daléj przekonywamy się, że temperatura coraz bardziéj się powiększa i to mniéj lub więcéj co 35 metrów o stopień Celzyjusza. Stałość więc temperatury źródeł dowodzi z wszelką pewnością, że wody pochodzą z głębi, na którą ciepło słoneczne już nie działa, tudzież, iż źródła są w ogólności tem cieplejsze, im z większéj wydobywają się głębi.

Dlatego, chociaż między wodą gruntową a źródlaną niema żadnéj zasadniczéj różnicy, to jednakowoż trzeba rozróżnić między wodą gruntową i źródlaną powierzchowną, a wodą gruntową i źródlaną, pochodzącą z głębi ziemi, t. j. wodą źródlaną o stałéj temperaturze, od rocznéj danego miejsca wyższéj.

Ta różnica głębokości ma bardzo wielkie znaczenie sanitarne. Gdy bowiem wody gruntowe powierzchowne lub blisko wierzchu się znajdujące nabrawszy w ziemi części nieczystych, nieraz nawet żywych i uorganizowanych, nie mają ani czasu ani sposobności oczyścić się, wody ze źródeł głębokich przeszedłszy przez sączek grubości co najmniéj kilkudziesięciu metrów i to sączek działający zarazem chemicznie, oczyszczają się dokładnie tak, iż nie zawierają w sobie ani śladu amoniaku, ani kwasu azotawego, nie mówiąc już nic o grzybkach czyli bakteryjach chorobotwórczych, których nigdy a nigdy w wodzie ze źródeł głębokich nie wykryto, ani o tem, że wody źródlane głębokie nie dały nigdy powodu do wybuchu chorób zakaźnych.

Jak o wielu innych prawdach w przyrodzie, tak i o tem wiedziała ludzkość przed zbadaniem i uzasadnieniem umiejętnem, iż woda źródlana w zwykłych warunkach jest bez porównania czystszą i do użycia pewniejszą, niż woda gruntowa, i dlatego też i w naszym języku z pojęciem wody krynicznéj łączymy pojęcie czystości i bezpieczeństwa sanitarnego, a nauka wie dziś bardzo dobrze, iż zdanie to jest w ogólności uzasadnione.

Z tego wszystkiego łatwo pojąć, dlaczego komisya angielska, wyznaczona do zbadania sprawy zaopatrzenia miast w wodę, oznaczyła w pierwszym rzędzie wodę źródlaną, w drugim wodę gruntową, a na samym końcu położyła dopiero wodę rzeczną.

Zastosować trzeba teraz to wszystko do Krakowa.

Średni roczny opad atmosferyczny w Krakowie a zatem z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem i w najbliższem sąsiedztwie, wynosi według obserwacyj z kilkudziesięciu lat 643 m/m, to znaczy, że na jeden metr kwadratowy powierzchni spada rocznie średnio 643 litry wody. Z tych mniéj lub więcéj $^1/_3$ część, a zatem okrągło 215 litrów, wsiąka w ziemię i tworzy wodę gruntową. Chcąc dla Krakowa sprowadzić tyle przynajmniéj wody gruntowéj, ile źródlanéj dostarczają Regulice, t. j. okrągło 7.000 metrów sześciennych dziennie, a 2,550.000 metrów sześciennych rocznie, potrzebowalibyśmy według nader prostego obliczenia zebrać wodę z 11·7, czyli w okrągłéj liczbie z 12 kilometrów kwadratowych, t. j. zebrać w postaci wody gruntowéj wodę meteoryczną wsiąkłą w powierzchnię 12 kilometrów kwadratowych.

Przypatrzyć się teraz trzeba okolicom Krakowa i poszukać owych 12 kilometrów kwadratowych czystego gruntu, ba co więcéj, poszukać miejsc, w których wodę na 12 kilometrów kwadratowych spadłą i do ziemi wsiąkłą można uchwycić. Oczywiście bowiem 12 kilometrów kwadratowych czystego gruntu samych przez się nie wystarczy; nie dosyć mieć bowiem wodę czystą w ziemi, trzeba ją jeszcze uchwycić, a uchwycić ją można tam tylko, gdzie ta cała masa wody gruntowéj z wymienionéj powierzchni płynie pod ziemią wązkiem korytem tak, by założenie galeryj podziemnych w celu jéj zebrania nie wymagało nadmiernych kosztów, nie stojących w żadnym stosunku do ilości wody.

Za takie miejsca sposobne do pochwycenia podziemnych wód gruntowych uważa się oddawna na podstawie doświadczenia zwężenia dolin czyli tak zwane gardziele, jakich zresztą w górzystych okolicach okręgu dawnéj Rzeczypospolitéj krakowskiéj mamy wiele przykładów.

Zgodnie z tem zapatrywaniem zbadał mianowicie ś. p. Kluger przy pomocy Prof. Stopczańskiegz i innych dolinę Prądnika na wysokości Giebułtowa, tudzież dolinę Rudawy w gardzielu między Skałą Kmity a wzgórzem, na którem stoi las szczyglicki. Wodę oczywiście znaleziono, lecz niestety rozbiór chemiczny nie wypadł na jéj korzyść, w wodzie bowiem giebułtowskiéj znalazł się i kwas azotawy i amonijak, a w wodzie z pod Skały Kmity prócz śladów amonijaku tak samo i kwas azotawy. Toż samo stało się z wodą badaną w dolinie Wisły na gruncie wsi Przegorzał. Ilości wody gruntowéj w żadnych z tych miejsc nie oznaczono; nie miałoby to bowiem żadnego celu wobec tego, żo wody znalezione pod higienicznym względem nie nadają się do sprowadzenia ich do miasta.

Wykazano przeto w sposób umiejętny, że w kole zakreślonem naokoło Krakowa promieniem 15-kilometrowym niema żadnych zapasów wód gruntowych, którychby można użyć do wodociągów krakowskich, a ten wypadek dokładnych i mozolnych poszukiwań zgadza się najzupełniéj z dzisiejszemi poglądami higijeny i nauki o chorobach zakaźnych.

Wobec takiego rezultatu potrzeba było koniecznie pożegnać się z myślą sprowadzenia wód gruntowych z koła o promieniu 15-kilometrowym i szukać wody dla Krakowa. Przewodnikiem w téj mierze jest dokładna mapa topograficzna jeneralnego sztabu austryjackiego w wielkości 1 : 75000.

Otóż widać na niéj, że w kierunku zachodnim od Krakowa znajdują się trzy rzeczki: Sanka, biorąca swój początek w Baczynie, Krzeszówka, rozpoczynająca się dwiema głównemi odnogami: jedną mniejszą z doliny Elijasza pod Paczółtowicami, a drugą większą ze zdrojów Czatkowickich i nakoniec Regułka, biorąca swój początek ze źródeł we wsi Regulicach.

Woda gruntowa w Baczynie ma bardzo korzystny skład chemiczny: nie zawiera w sobie ani amonijaku, ani kwasu azotowego, pochodzi zaś z południowo-zachodniéj części zwierzyńca tenczyńskiego, skał i nieuprawnych wzgórz doliny baczyńskiéj, a w małéj tylko części pól z glebą bardzo lichą, bo piaszczystą. Woda ta daje prawie zupełną rękojmię czystości na przyszłość tem bardziéj, iż wykupno małéj ilości gruntów bardzo źle uprawionych i zburzenie po największéj części nędznych zagród włościańskich nie przedstawia żadnych trudności finansowych.

Do téj wody gruntowéj można łatwo włączyć wodę z kilku zdrojów w tejże dolinie wytryskujących także bardzo korzystnego składu chemicznego, jakkolwiek nie obfitych. Wody gruntowéj jest jednak za mało; według pomiarów ś. p. Klugera mogłoby być, co najwięcéj, 2400 m² na dobę; zdaniem zaś inżyniera Friedericha, który rzecz na miejscu badał i miał przed sobą pracę ś. p. Klugera, nawet na tyle z pewnością rachować nie można. Wobec tego upada oczywiście zupełnie projekt sprowadzenia wody wyłącznie z Baczyna do Krakowa.

Źródła czatkowickie, niewątpliwie bardzo wielu Krakowianom dobrze znane, dają na dobę średnio kolo 5.430 m³, mają korzystny pod względem higienicznym skład chemiczny, są jednak ciepłe, mają bowiem od 12 ao 12·5 stopni C., woda ich jest za miękka, nieco gorzkawa, mdła i niesmaczna. Wydatność ich, zresztą umiejętnie i systematycznie nie mierzona, zmienia się dosyć znacznie. (C. d. n.)

L. 14863 **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

do wszystkich Panów c. k. Starostów, oraz Wp. Prezydenta m. Lwowa i Krakowa.

W § 7 instrukcyi dodanéj do rozporządzenia ministeryjalnego z 13 listopada 1871 i. 12089 (L. Nam. 51089 ex 1871) podano, w jakich terminach statystyczne wykazy sanitarne mają być wys. Namiestnictwu przedkładane, a mianowicie wykazy o szczepieniu i o zdrojowiskach jeszcze w ciągu każdego bieżącego roku, inne zaś wykazy z wyjątkiem sprawozdania uzupełniającego do końca kwartału najbliższego następnego roku.

Rozporządzeniem z 24 lutego 1889 l. 2015 rozporządziło wys. Ministerstwo spraw wewnętrznych, aby wyżéj oznaczone terminy ściśle były przestrzegane.

Zarazem wys. Ministerstwo zarządziło powołanym reskryptem, aby odtąd więcéj zwracano uwagi na sprawozdanie uzupełniające, w którem mają być w ogólności określone stosunki zdrowotne ludności. W tem sprawozdaniu należy wszystko to podnieść, co się odnosi do stosunków sanitarnych, lub co ma związek z sprawami zdrowia, a co jest już uwzględnionem we wykazach szczegółowych lit. A do N i lit. S. W szczególności zaś brak jest w wielu bardzo sprawozdaniach uzupełniającego poglądu na ruch ludności.

Ażeby zatem umożebnić referentom sanitarnym przy powiatowych władzach politycznych uwzględnienie dat statystycznych w ruchu ludności przy sporządzaniu sprawozdania uzupełniającego poleca wys. Ministerstwo, aby Pan dostarczał temuż referentowi odpisów kwartalnych sumarycznych tablic (I—V) o ruchu ludności w powiecie (względnie w mieście Lwowie i Krakowie).

Co się tyczy terminów do przedkładania wykazów statystycznych sanitarnych, należy wykazy o zdrojowiskach najdaléj do końca listopada przedłożyć. Co do innych wykazów należy poczynić wszystkie przygotowania już w grudniu, tak, aby do końca stycznia mogły być Namiestnictwu przedłożone.

Stosownie do powyższych terminów będą ztąd druki na w mowie będące wykazy rychléj niż dotychczas rozsyłane.

Lwów dnia 10 kwietnia 1889.

L. 23872. **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

do Wp. Prezydentów m. Lwowa i Krakowa, oraz do wszystkich pp. Starostów,

W skutek rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z d. 28 marca 1889 l. 4941 poleca się Panu utrzymywać dokładną ewidencyję terminów, w których każdy z lekarzy szczepiących w okręgu jemu przydzielonym ma wykonać publiczne szczepienie i rewizyję, a to w tym celu, aby lekarz urzędowy miał możność, czy to w czasie podróży inspekcyjnéj, czy to przy innéj sposobności, sprawdzić osobiście a niespodziewanie w jaki sposób szczepienie bywa wykonywane.

W téj mierze przypomina się tylko tut. rozporządzenie z d. 29 grudnia 1874 l. 61085, według którego (al. 18) każdy z le-

karzy szczepiących winien Panu na 14 dni przed rozpoczęciem przedłożyć porządek szczepienia, oraz dzień i godzinę, w których w każdej miejscowości szczepienie i rewizyę przedsięwziąć zamierza. W punkcie 10 tego rozporządzenia nałożony jest na lekarzy powiatowych obowiązek kontrolowania lekarzy szczepiących.

Lwów 10 kwietnia 1889.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 23 maja. W sobotę d. 18 b. m. w sali Kopernika w Collegium Novum Dr. Gustaw Piotrowski, po zadośćuczynieniu wszystkim wstępnym ustawą przepisanym aktom, wygłosił odczyt habilitacyjny: „O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym“ wobec Wydziału lekarskiego, J. Mg. p. Rektora uniwersytetu, profesorów innych wydziałów oraz znacznej liczby słuchaczów medycyny. Zwięzły i jasny wykład prelegenta zyskał ogólne uznanie obecnych, a Wydział lekarski po krótkiej naradzie nadał Dr. Piotrowskiemu *veniam legendi* z fizyjologii i przesłał akta Wysokiemu c. k. Ministerstwu do zatwierdzenia.

* Pospieszamy z doniesieniem, że współpracownik nasz kol. docent Jaworski wyjechał już do Karlsbadu, gdzie jak od lat kilku wykonywać będzie praktykę podczas lata.

* Donoszą nam z Podhajec, że tameczny lekarz powiatowy Dr. Zygm. Dzikowski od kilkunastu dni zapadł na dur plamisty, którego nabawił się przy epidemii i że pozostaje pod opieką kol. Obtułowicza.

* Na interpelacyję jednego z posłów p. Minister sprawiedliwości oświadczył, że sprawa uregulowania taryfy za czynności sądowo-lekarskie znacznie już postąpiła. Należy więc przecież spodziewać się, że kwestyja ta tak ważna ostatecznie załatwioną zostanie.

* W ankiecie, zwołanej przez Radę Państwa w sprawie zapobiegania opilstwu, prof. higijeny Gruber oświadczył się za potrzebą urządzenia zakładów, celem pomieszczenia przymusowego nałogowych pijaków, którzy wielokrotnie byli karani, a uznani przez znawców za niebezpiecznych dla osób drugich, aby stan ich nerwowy śród pracy i zupełnego wstrzymania się od wyskoku powoli wyzwalał się od następstw otrucia.

* Lekarz Hay we Wiedniu, galicyjanin, za krowiankę swoją otrzymał największe odznaczenie na wystawie w Brukseli, a obecnie figuruje między wystawcami w Paryżu.

* Rada powiatowa nowotarska asygnowała 60 złr. na zakupno krowianki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Brücke kończy w czerwcu r. b. 70-ty rok życia, pozostaje on jednak na życzenie Uniwersytetu i Wydziału jeszcze rok na swojem stanowisku. — **Berlin.** Habilitowali się Dr. Strassmann z medycyny sądowej, Dr. Nagel z położnictwa. — **Konstantynopol.** Dr. Dühring, asystent Dra Unny w Hamburgu, mianowany prof. dermatologii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dr. w. nauk lekarskich otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Antoni Skiślewicz, rodem z Rakowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** Telegrafują nam z Radomia, że umarł tamże Dr. Felicyjan Suligowski (ur. w r. 1847 w Siedlcach, nauki lekarskie ukończył w Warszawie w r. 1870; osiadłszy w Radomiu, został lekarzem przy gimnazyjum, a później lekarzem miejskim i pomocnikiem inspektora lekarskiego; był dobrodziejem młodzieży i napisał kilka rozpraw, ogłoszonych w czasopismach warszawskich).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 19: Rogowicza: Wskazówki do zapobieg. powstaw. zakażenia połog. (dok.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 20: Kopytowskiego: Zastósowanie soli sodowych i potasowych, kw. sozojodolowego przy leczeniu szankrów i dymienic; Chełmońskiego: Przyczynek do wyjaśn. wpływu chor. przewl. narządu oddech. na trawienie żoł. — W *Kronice Lek.* Nr. 5: Sędziaka: O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 20: Korala: Przyp. t. z. tężca z przeziębienia.

Redakcyja otrzymała:

Dr. S. MINTZ: O kwasach żołądkowych (Odb. z *Gaz. Lek.*, 1889) in 8-vo str. 7. — Dr. J. ZIELEWICZ: Bericht ü. d. chirurg. Abtheilung d. Krankenhauses d. Barmh. Schwestern in Posen v. 1 Octob. 85. b. Ende 1887. (Odbitka z *Langenbecka Archiwu* T. 38 in 8-vo, str. 98 z tabl. i drzeworytami. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: O najwłaściwszych sposobach otwierania torebki soczewkowej (Odb. z *Gaz. Lek.* 1889, w 8-ce str. 5. — Tenże: Mydr. u. myot. Mittel b. fixen Trüb. d. brech. Medien (Odbitka z *Intern klin. Runds.* 1889) in 8-vo str. 6. — Sprawozdanie 7-me z czynności komitetu kasy Mianowskiego za r. 1888, Warszawa 1889, in 8-vo str. 78. — Dr. STACHIEWICZ: Wstrzykiwania w miąższ płucny kreozotu (Odbitka z *Przeglądu Lek.* 1888) io 8-vo str. 19. — Tenże: Leczenie suchot płucnych (Odbitka z *Wiadom. Lek* 1887) in 8 vo str. 10. — Tenże: Die Prognose der Lungenschwindsucht (Odbitka z *W. Med. Woch.* 2888) in 8-vo str. 30. Dr. Kl. DĘBICKI: Iwonicz w r. 1888, Lwów 1889, w 8-ce, str. 12. — BUNGE: W sprawie alkoholu, tłum. M. Flauma, Warszawa 1889, w 8-ce str. 24 (odczyt zajmujący, tłumaczony bardzo dobrze). — Dr. G. PIOTROWSKI: O pobudliwości i zdolności przewodzenia stanu czynnego w nerwach i mięśniach, z 3 tabl. (Odbitka z *Pam. Akad. Um.*), Kraków 1889, in 4-to str. 40. — Tenże: Część II. 4-to str. 23. — Dr. DANIŁŁO: O terapewticzeskom i sudebnomedicinskom znaczenii hypnotizma. (Odbitka z *Wiestn. psych.* r. 6, z. 2) in 8-vo, str. 10. — Tenże: Ob otnoszenii zatyłocznych dolei noworożdennych i mołodych żiwotnych k' dwiżenijam głaz (Odbitka z *Wracza*) in 8-vo str. 3. — Tenże: K' woprosu ob otnoszenii zatyłocznych dolei k' elektriczeskomu rozdrażeniu (Odb. z *Wracza*) str. 6. — Protokóły posiedzeń Tow. lekarzy lubelskich za r. 1887/8, Lubl n 1889 in 8-vo str. 58. (W sprawozdaniu tem napotykamy rozprawy następujące, nigdzie zresztą nie ogłoszone: 1) ARNSTEINA: Ciekawy wypadek wyłuszczenia włókniaka macicy; 2) DZIEWISZKA: O leczeniu gorączki; 3) STANISZEWSKIEGO. Zap. torebki maziowej przedrzepkowej; 4) DOBRUCKIEGO: Wypadek niedorozwinięcia organów rodzajnych kobiecych). Dr. SMOLEŃSKI: Hydroterapija chorób rdzenia pacierzowego (Odbitka z *Kron. Lek.* 1889), in 8-vo m. str. 10. — Dr. WIRHERKIEWICZ: De la valeur et des méthodes du lavage des chambres oculaires (Odbitka z *Revue gén. d. Ophtalm.*) Paris 1889 in 8-vo 16. — Tenże: Ü. d. geeignetste Verfahren d. Kapseleröffnung behufs Staarentfernung (Odb. z *Klin. Mon. f. Aug.* 1889) in 8 vo str. 20.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. H. K. w R. Sprawozdanie Pańskie będzie drukowane w „Przeglądzie Lek.“. Terminu jednak z powodu nawału prac oznaczyć nie możemy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 1 Czerwca 1889. Nr. 22.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztaje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z zakładu anatomii patologicznéj w Krakowie.

Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania.

(z 4-ma rysunkami litografowanemi).

Opisał

Dr. Antoni Mars,

Docent położnictwa Uniw. Jag.

J. Schw. l. 50, wyrobnica, przywiezioną została do szpitala powszechnego w Krakowie d. 13 grudnia 1887 r. Od choréj gorączkującéj bardzo znacznie i prawie nieprzytomnéj wiele się nie dowiedziano, rozpoznano rozległe zapalenie dławcowe płuca prawego i chorobę Brighta, poczem zalecono odpowiednie leczenie. W 12 godzin chora umarła, a dnia 15 grudnia wśród oględzin pośmiertnych znaleziono: „*Pleuropneumonia lobi superioris et medii pulmonis dextri in stadio hepatisationis rubrae, oedema pulmonum, emphysema, bronchitis catarrhalis. Maculae lacteae pericardii, degeneratio adiposa musculi cordis laevioris gradus et hepatis hyperaemici, tumor lienis acutus. Catarrhus polyposus ventriculi nec non intestini tenuis ac crassi. Uterus virginalis. Pelvis angusta asymetrica c. fractura.*

Nadto nadmienić mi wypada, że zwrócono uwagę na cały kościec i nigdzie po za obrębem miednicy żadnego złamania kości nie znaleziono, jako też nie znaleziono żadnych śladów, któreby świadczyć mogły, że trzewa w jamie miednicy zawarte były uszkodzone.

Złamania miednicy w ogóle należą do rzadkich przypadków. Riedinger (*Ueber Beckenfracturen v. Langenbecks Archiv f. klin. Chir. Bnd. XX* str. 450) powołuje się na Gurlta, który zestawił statystykę, z któréj wynika, że złamania miednicy stanowią 0·3% ogólnéj cyfry złamań kości, czyli zachodzi stosunek jak 3:1000.

Przypadki te, zwykle bardzo znacznym urazem wywołane, bywają zazwyczaj powikłane znacznemi obrażeniami trzew w miednicy zawartych, a skutkiem tego wyleczenie ze złamania miednicy należy do zejść rzadkich. Pomiędzy temi ostatniemi zaś do najrzadszych należą te przypadki, w których po wyleczeniu pozostało skośne ścieśnienie miednicy. Takich przypadków znanych jest zaledwo kilka. Każdy z tych przypadków nielicznych przedstawia coś osobliwego. Wobec tego tem skwapliwiéj postanowiłem skorzystać z nadarzającéj mi się sposobności opisania miednicy, która niezaprzeczenie do najwybitniejszych w tym rodzaju należy.

Daty anamnestyczne mogłem zebrać tylko bardzo skąpe, a mianowicie: że osoba ta przed laty 13-tu, t. j. w r. 1874 została przysypaną gruzami zawalonéj kilkopiętrowéj kamienicy, z pod których wydobyta, została odwiezioną do szpitala powszechnego w Krakowie. Tamże rozpoznano złamanie kości miednicy i leczono ją przez przeciąg dwu miesięcy, poczem ze szpitala jako uleczona wypuszczoną została. Odnośnéj historyi choroby odnaleść nie mogłem, a z opowiadania się dowiedziałem, że przy badaniu znaleziono złamanie kości biodrowéj prawéj od tyłu, a nadto złamania po obu stronach spojenia kk. łonowych, że znaczniejszych zmian dotyczących organów w jamie miednicy zawartych nie spostrzegano. Chora leżała przez czas pobytu ułożona spokojnie na łóżku podłużnem poziomo. W chwili wyjścia ze szpitala spostrzeżono pewne różnice w ustawieniu kości biodrowéj prawéj wobec lewéj, jak niemniéj, że wśród badania ginekologicznego napotkano trudności przy wprowadzeniu palca z powodu wązkiego łuku łonowego, a oprócz tego znaleziono zbitość guzowatą po stronie prawéj pochwy i od przodu, która dokładniejsze badania utrudniała. Co do życia płciowego, to, jak oględziny pośmiertne wykazały, osoba ta nie rodziła i prawdopodobnie nie roniła. Po wyjściu już ze szpitala wyszła za mąż. Jak się odbywał stosunek płciowy, nic mi niewiadomo.

Żałować mi przychodzi, iż prócz przytoczonych wiadomości nic więcéj zebrać nie mogłem, niejeden bowiem szczegół, dotyczący tego ciekawego przypadku, dałby się może wyjaśnić.

Chcąc uczynić opis miednicy saméj zrozumialszym, dołączam rysunki z niéj zdjęte, a mianowicie: widok miednicy z góry (Fig. I), z przodu (Fig. II), z tyłu (Fig. III) i z dołu (Fig. IV). Biorąc pod uwagę poszczególne kości w skład miednicy wchodzące, możemy następujące szczegóły rozeznać:

Kość krzyżowa jest bardzo nieznacznie łukowato wygięta wypukłością ku stronie prawéj, widzieć to można wpatrzywszy się dobrze w przednią jéj ścianę (Fig. II); wklęsłość jéj jest prawidłowa, a uwydatnia się najwyraźniéj na trzonie 3-ego kręgu krzyżowego, który jest nieco jakby ku tyłowi wysunięty. Skrzydło lewe nie okazuje żadnych zboczeń, skrzydło zaś prawe jest w górze odpowiednio dwom górnym kręgom krzyżowym węższe i przechodzi za pomocą kostniny w połączenie (Fig I i II) z kością biodrową prawą i łączy się z nią od strony jamy miednicy tak jednolicie, że oznaczyć niepodobna, gdzie pierwotnie leżało spojenie krzyżowo-biodrowe prawe. *Foramina sacralia anteriora* nie uległy żadnéj zmianie. Na tylnéj ścianie kości krzyżowéj nic osobliwego spostrzedz nie można. Wyrostki kolczaste kręgów krzyżowych biegną w jednéj pionowéj linii, która żadnego zboczenia nie okazuje. Okolica połączenia krzyżowo-biodrowego prawego wygląda prawidłowo, zdaje się jednak leżeć bliżéj wyrostków kolczastych, aniżeli po stronie lewéj, co może być złudnem i pochodzić ztąd, że kolec tylny górny kości biodrowéj prawéj jest do nich zbliżony. W całości kość krzyżowa jest nieznacznie około swéj osi podłużnéj skręcona tak, że skrzydło prawe jest więcéj ku tyłowi, lewe zaś więcej ku przodowi położone. (Fig. I).

Kość ogonowa zbacza nieznacznie na stronę lewą, a ostatnie jéj kręgi są nadto niemal pod kątem prostym ku jamie miednicy zagięte.

Kość biodrowa prawa okazuje od strony wewnętrznéj w zatoce krzyżowo-biodrowéj prawéj kostninę o powierzchni falistéj, wsterczającą nieznacznie do jamy miednicy (Fig. I i II). Za pomocą tejże jest stale ze skrzydłem prawem kości krzyżowéj połączoną. Po nad tą blizną w tylnéj części talerza biodrowego znachodzi się szczelina skośnie przebiegająca od grzebienia kości biodrowéj w kierunku na dół i ku tyłowi (Fig I a. i II a.). Długość téj szczeliny wynosi 4 centm. Linia bezimienna strony prawéj jest znacznie skrócona, wynosi bowiem od guzka łonowo biodrowego do brzegu kostnego bliznowatego zgrubienia 3·4 centm. Talerz biodrowy w całości mniejszy, znachodzi się w stanie zaniku, co, spoglądając na rysunek (Fig. I), zaraz się widzi. Szerokość jego wynosi od kolca przedniego górnego do brzegu kostnego zgrubienia 6·8 centm. Na zewnętrznéj powierzchni widać połączenie krzyżowo-biodrowe prawidłowe. Kolec tylny górny strony prawéj o $^1/_2$ centm. leży bliżéj wyrostka kolczastego ostatniego kręgu lędźwiowego, aniżeli po stronie lewéj. Odległość ta po prawéj stronie wynosi 3·7, podczas gdy po stronie lewéj 4·2 centm. W odległości mniéj lub więcéj 3 centm. od kolca tylnego górnego biegnie na kości biodrowéj nieregularna blizna kostna, która poczyna się na dolnym brzegu spojenia krzyżowo-biodrowego, dążąc skośnie ku grzebieniowi kości, którego dosięga w odległości 15 centm. od kolca przedniego górnego. (Fig. III b. i IV b.) Blizna ta przedstawia się gdzieniegdzie jako wązka szczelina. Na brzegach blizny, szczególniéj na odłamku przednim kości biodrowéj, widzimy kilka wybujałości kostnych (Fig. III c. i IV c.) a w jednem miejscu mostek postronkowaty, który oba odłamki ze sobą łączy (Fig. III d. i IV d.). Grzebień kości biodrowéj prawéj, idąc od tyłu od kolca tylnego górnego, biegnie zrazu niemal tak, jak po stronie lewéj, aż do miejsca odległego od kolca przedniego górnego na 15 centim. (Fig. I e. i II e.), w którem to miejscu napotykamy wrąb po złamaniu pozostały, od którego to wrębu grzebień kości zagina się pod kątem w kierunku ku wewnątrz i wznosi się ku górze. Oba odłamki kości biodrowéj prawéj łączą się ze sobą pod kątem, szczytem na zewnątrz, a rozwartością na wewnątrz zwróconym. Brzeg odłamka tylnego w miejscu, gdzie złamanie powstało, musi być tem samem ku tyłowi odchylony. Odłamek większy przodkowy przesunięty jest w całości ku tyłowi, nadto końcem przodkowym ku górze i ku wewnątrz. Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na płaszczyznę złamania, to poczynała się w opisanéj linii bliznowéj na zewnętrzéj powierzchni kości biodrowéj prawéj i dążyła do przedniego brzegu spojenia krzyżowo-biodrowego.

Kość łonowa prawa rozszczepiona na dwie blaszki w całej swéj długości. Rozszczepienie to, poczynające się niedaleko od guzka biodrowo-łonowego, przechodzi na gałąź wstępującą kości siedzeniowéj prawéj. Blaszka wewnętrzna, czyli odłamek wewnętrzny (Fig. I f. i II f.), z rozszczepienia powstały, przesunięty jest ku kości krzyżowéj i nieco ku górze. Górny brzeg tego odłamka przechodzi w ostro lancowato zakończony odszczep wolno do jamy miednicy wsterczający, którego kierunek zmierza wprost do środka tylnéj powierzchni panewki lewéj. W okolicy guzka biodrowo-łonowego obie wyż opisane błaszki są ściśle ze sobą złączone kostniną, przez co kość w kierunku ku spojeniu kk. łonowych grubieje, a dopiero w pobliżu spojenia kości łonowych odstają odłamki kości łonowéj prawéj od siebie. Pomiędzy odłamkami powstałemi z gałęzi pozioméj i zstępującéj kości łonowéj prawéj znachodzi się szczelinowaty otwór długości 2·2 centm., szerokości 0·5 centm. (Fig. IV g.).

Kość siedzeniowa prawa prócz wyżéj już opisanego rozszczepienia błaszek gałęzi wstępującéj nie okazuje żadnego obrażenia, tylko w całości jest ku górze wysunięta i to o tyle, o ile wysuniętą jest ściśle z nią złączona kość biodrowa prawa.

Kość łonowa lewa, w połowie gałęzi poziméj poprzecznie złamana, okazuje kostninę na miejscu złamania. (Fig. I h. i II h.). W temże miejscu odłamki zbiegają się pod kątem zwróconym szczytem ku przodowi, t. j. na zewnątrz miednicy, a rowartością ku wewnątrz. Nadto w miejscu, gdzie gałąź zstępująca kości łonowéj przechodzi w gałąź wstępującą kości siedzeniowéj, widzimy znów złamanie. Koniec odłamka kości łonowéj sterczy na zewnątrz, odłamka zaś kości siedzeniowéj na wewnątrz.

Przypatrując się obu gałęziom zstępującym kości łonowych, widzimy przedewszystkiem, że szerokość obu jest różna. Gałąź zstępująca kości łonowéj prawéj jest o wiele węższą, aniżeli lewéj. Mierząc szerokość obu w połowie wysokości spojenia kości łonowych przekonywamy się, że gałąź zstępująca prawa ma szerokości 1·0 centm., podczas gdy lewa 3·4 centm. Pochodzi to ztąd, że gałąź zstępująca kości łonowéj prawéj, jużto na dwie blaszki, tylną i przednią rozszczepiona, już też, że blaszka przednia jest w stanie zaniku i że jest skręcona koło osi podłużnej w ten sposób, że brzeg jéj należący do ograniczenia *foraminis obturatorii*, zwrócony jest ku jamie miednicy małéj.

Kość bezimienna i siedzeniowa lewa nie okazują żadnego złamania, obie jednak w całości o tyle mają zmienione położenie, że brzeg ich przedni jest na zewnątrz od jamy miednicy odchylony.

Oglądając miednicę jako całość, musimy zauważyć, że jamy miednicy uległy znacznéj zmianie co do kształtu. Jama miednicy dużéj jest skośną, jak bowiem już przy opisie położenia odłamków kości biodrowéj wyżéj zaznaczono, odłamek przodkowy kości biodrowéj przesunięty jest ku tyłowi i ku górze, a nadto końcem przednim ku wewnątrz. Przesunięcie to jest nader znaczne, albowiem, jeżeli ułożymy miednicę tak, jak u osoby stojącéj leżeć była powinna, to kolec przedni górny strony prawéj leży o 3·5 ctm. wyżej od poziomu, aniżeli równoimienny kolec strony lewéj. Przesunięcie kości ku tyłowi i końcem przednim ku wewnątrz, uwydatnia się najlepiéj stosunkiem odległości guzka łonowo-biodrowego od wzgórka kości krzyżowéj, która po stronie prawéj wynosi 4·5 centm., podczas gdy po stronie lewéj 9·8 centim. Nadto skutkiem opisanego przesunięcia się odłamków kości biodrowéj prawéj, skutkiem jéj zanikowego stanu i zmniejszenia talerza biodrowego prawego, prawa połowa miednicy dużéj jest niższą. We wchodzie do miednicy małéj zwraca uwagę zbliżenie wzgórka kości krzyżowéj od strony prawéj. Linia bezimienna po stronie prawéj skrócona gubi się w kostninie sterczącéj do jamy miednicy w okolicy stawu biodrowego i leży w miejscu największego wygięcia wyżéj, aniżeli po stronie lewéj. Lewa linia bezimienna, odgięta lekko na

zewnątrz, tworzy kątowate zagięcie na zewnątrz, sterczące ku przodowi w miejscu, gdzie gałąź pozioma kości łonowéj lewéj była złamaną (Fig. I h. i II h.). Grzebień kości łonowéj prawéj rozszczepiony widełkowato, jeden jego koniec sterczy do miednicy, podczas gdy drugi skręca się ku przodowi o tyle, o ile gałąź zstępująca kości łonowéj prawéj koło swéj osi okręcona. Grzebień kości łonowéj lewéj bieży skośnie ku zewnątrz do kątowatego zagięcia w miejscu jéj złamania.

Panewka prawa na przedniéj ścianie miednicy znacznie ku przodowi odwrócona, jak to na Fig. II widoczne. Guz siedzeniowy prawy wyżéj o 3·5 ctm. nad poziom ustawiony aniżeli lewy. Łuk łonowy w szczycie mocno łukowato zaokrąglony. Ramiona łuku zstępujące ku dołowi niemal równoległe, przez co u samego dołu odległość ramion łuku wynosi niespełna 3·0 centm. W miednicy małej zatoka krzyżowo-biodrowa prawa o wiele mniejsza i mniéj pojemna, aniżeli lewa. Tylna ściana panewki prawéj do wzgórka kości krzyżowéj przybliżona. W lewéj połowie miednicy lancetowato zakończony do jamy sterczący odłamek kości łonowéj prawéj nadaje miednicy małéj wejrzenie iście osobliwe. Więzy kolcowo i guzowo krzyżowe strony prawéj znacznie skrócone. Guzy siedzeniowe do siebie zbliżone. Wymowniéj jeszcze odemnie przemówią wymiary miednicy, które poniżéj wymieniam:

	centm
Odległość od środka wzgórka kości krzyżowéj do górnego brzegu spojenia kości łonowych	9
Od tegoż miejsca do tylnéj ściany spojenia kości łonowych, a raczéj do blaszki ku wewnątrz miednicy wtłoczonéj	5·9
Diameter spinalis od wewnątrz mierzony . . .	18·4
Diameter cristalis	27·0
Odległość od kolca tylnego górnego prawego do kolca przedniego górnego lewego	21·0
Też sama po drugiéj stronie	17·9
Odległość od kolca tylnego górnego prawego do guzka biodrowo-łonowego lewego	17·9
Też sama po stronie drugiéj	14·1
Odległość od wyrostka kolczastego 5-tego kręgu lędźwiowego do kolca przedniego górn. strony prawéj	14·5
Też sama odległość po stronie lewéj	19·2
Odległość od wyrostka kolczastego 5-tego kręgu lędźwiowego do guzka biodrowo łonow. strony prawéj	12·0
Też sama po drugiéj stronie	18·0
Odległość od środka wzgórka kości krzyżowéj do guzka biodrowo-łonowego strony prawéj	4·5
Też sama po stronie lewéj	9·8
Największa odległość linij bezimiennych poprzecznie wzięta	12·4
Odległość wyrostka kolczastego 5 go kręgu lędźwiowego od kolca biodrowego tylnego górnego strony prawéj	3·7
Też sama po stronie lewéj	4·2
Odległość od środka wzgórka kości krzyżowéj do środka tylnéj ściany panewki prawéj	6·1
Też sama po lewéj	9·8
Odległość środków tylnych powierzchni panewki od siebie	9·9
Odległość od granicy między drugim a trzecim kręgiem krzyżowym do środka tylnéj ściany spojenia kości łonowych	7·8
Od granicy między drugim a trzecim kręgiem kości krzyżowéj do środka tylnéj ściany panewki prawéj	6·8
Też sama po stronie lewéj	9·8
Odległość blaszki odszczypanéj kości łonowéj prawéj do górnego brzegu spojenia kości łonowych . .	3·0
Też sama odległość do dolnego brzegu spojenia kości łonowych	3·0
Odległość od końca kości krzyżowéj do dolnego brzegu spojenia kości łonowych	10·5
Też sama odległość do dolnego brzegu odłamka kości łonowéj prawéj	6·7
Oddalenie kolców biodrowych tylnych dolnych od siebie	9·5
Od końca kości ogonowéj do dolnego brzegu spojenia kości łonowych	8·3
Oddalenie od końca kości ogonowéj do guza siedzeniowego strony prawéj	5·0
Też sama po stronie lewéj	6·5
Oddalenie guzów siedzeniowych od siebie . . .	7·1
Diameter Baudelocqui	16·7
Odległość od wyrostka kolcowatego 5-tego kręgu lędźwiowego do największéj odległości wchodu do miednicy małéj, t. j. do zagięcia powstałego skutkiem złamania gałęzi pozioméj kości łonowéj lewéj	18·2

Opisawszy samą miednicę, wypada mi się zastanowić nad przyczynami, które ją zniekształciły. (Dok. nast.)

II. Z praktyki prywatnéj.

Znaczny rozmiar brzuszka płodu jako przeszkoda porodowa.

Dnia 6 grudnia z. r. wezwany zostałem do pobliskiéj wioski dla udzielenia pomocy kobiecie rodzącéj. Przybywszy na miejsce przekonałem się o prawdzie tego, co mi już po drodze opowiedziano, t. j. że t. z. babka czyli akuszerka wiejska urwała dziecku w ciągu porodu główkę. Zastałem mianowicie wypadniętą na zewnątrz rączkę płodu, podczas gdy główka tegoż zupełnie od reszty płodu oddzielona, zawinięta w chustkę, leżała na łóżku w nogach rodzącéj. Ten widok dał mi zarazem do myślenia, że zachodzić tu musi jakaś niezwykła przeszkoda porodowa, skoro poród ukończyć się nie mógł, mimo urodzenia się już główki i mimo tak energicznéj (!) pomocy, o jakiéj dokonana przez „babkę“ dekapitacyja świadczyła. Babka naturalnie wyparła się téj swojéj energii, twierdząc, że bardzo tylko lekko za urodzoną już główkę pociągała; nie mogłem więc stanowczo się dowiedzieć, w jaki sposób owa dekapitacyja się odbyła. Najprawdopodobniejszem mi się jednakowoż wydaje, że przez skręcenie główki około podłużnéj osi płodu, gdyż pociąganie samo wzdłuż za główkę aż do jéj urwania wymagałoby zbyt wiele siły, a za użyciem narzędzi ostrych, n. p. noża, nożyczek, nie przemawiały powierzchnie ranne. Dowiedziawszy się więc tylko, że poród trwa od 2—3 godzin, i że aż do urodzenia się główki przebiegał prawidłowo, przystąpiłem do rodzącéj. Jestto kobieta 33 lat licząca, średniego wzrostu, dobréj budowy ciała i dobrze odżywiona. Chorób cięższych nie przebywała, rodziła cztery razy, zawsze lekko bez pomocy lekarskiéj. Pierwszy jéj poród odbył się przed dziewięciu laty i wówczas przyszło na świat w położeniu czaszkowém dziecię nieżywe, a może asfiktyczne. Następne trzy porody, z których ostatni miał miejsce przed niespełna dwoma laty, wydały dzieci zdrowe i donoszone. Obecnie a więc przy piątym z rzędu porodzie znalazłem rodzącą w stanie wcale zadowalającym mimo opisanéj katastrofy. Tętno pełne spokojne, ciepłota ciała nie podwyższona, język wilgotny. Kończyny dolne lekko przy kostkach obrzmiałe. Brzuch wydęty nie okazuje nigdzie nadmiernéj jakiéjś tkliwości lub bolesności. Pęcherz moczowy próżny. Bóle porodowe po urodzeniu się główki, t. j. od godziny, miały się stać rzadsze; w ciągu mojéj dotychczasowéj bytności (¼ godziny) pojawił się jeden dosyć słaby skurcz macicy.

Poleciłem ułożyć rodzącą na łóżko poprzeczne, a sam stanąwszy między jéj udami, postanowiłem wprowadzić rękę do macicy, aby wybadać przeszkodę porodową. Używając przy wprowadzaniu méj ręki rączki wypadłéj niby drogoskazu, przekonałem się niebawem, że babka i za tę rączkę dobrze już ciągnąć musiała, gdyż ta tylko wąskim mostkiem tkaniny trzymała się ciała i urwała się wraz z łopatką do reszty przy późniejszém słabém pociągnięciu. Ręka wprowadzona do macicy pouczyła mnie zaraz o ogromnéj objętości brzuszka płodu. Wykryłem tém samém przeszkodę porodową. Teraz pod kontrolą palca wprowadziłem przez pochwę esowaty nowy kateter hartkauczukowy (ten tylko miałem pod ręką) i wbiłem go do jamy brzusznéj płodu. Natychmiast wypłynęło około 2—3 litrów cieczy żółtéj, do moczu zwykłego podobnéj; poczém poród bez zwłoki ukończył się dobrowolnie. Bliższych szczegółów anatomicznych, dotyczących płodu płci męskiéj, podać nie umiem, bo sekcyi nie wykona-

łem. Tyle tylko stwierdziłem, że w jamie brzusznéj, która się teraz przedstawiała jak wielki w znacznéj części wypróżniony pęcherz, nie dał się żaden guz wyczuć, a ponieważ i kończyny dolne nie były obrzękłe, więc prawdopodobniejszą się tu wydaje *retentio urinae* aniżeli *ascites*. O ilości wód płodowych także nic pewnego się nie dowiedziałem, w każdym razie brzuch ciężarnéj zbyt wielkim być nie musiał. Łożysko było prawidłowego utkania i zwykłych rozmiarów, odeszło w parę minut późniéj. Połóg odbył się zwyczajnym trybem; pacyjentka wyzdrowiała niebawem.

Przypadek niniejszy jako rzadki opisałem — pozostawiając kompetentniejszym zdanie, o ile i jak dałyby się poprawić opłakane stosunki położnictwa wiejskiego. Babki, zdolne co najwyżéj do podwiązania pępowiny, wykąpania dziecięcia i t. p., czują się powołane do udzielania pomocy także w przypadkach, w których poród przebiega nieprawidłowo. Lekarz przyzywany bywa najczęściéj dopiero w ostatecznêm zwątpieniu, to też przyzwyczaja się, że tak powiem, powoli do widoku podobnych okropności. Taka przypadkowa dekapitacyja, *tetanus uteri*, ostateczna inanicyja, oto dekoracyje, które na przybycie lekarza czekają, nie mówiąc już o têm, gdy go z drogi zawróci posłaniec, zwiastujący, że nie ma po co daléj jechać, bo rodząca już nie żyje.

Dr. *Józef Kadyi z Jasła.*

Ciąża pozorna.

Dnia 14-go kwietnia roku 1887-go zgłosiła się do mnie około 32 letnia Antonina B., żona rzemieślnika z miasteczka L., która podała, że odbyła 6 porodów; że wszystkie dzieci jéj już to w wcześniejszym już to późniejszym okresie życia swego pomarły; że obecnie od 3 miesięcy nie miesiączkuje i w tym czasie począł się jéj „brzuch powiększać“, a wreszcie „ruszać się w nim coś zaczęło“. Na stósowne zapytanie oświadcza badana, że pragnie choć jedno jeszcze mieć dziecię i wychować i sądzi, że jest w ciąży, pomimo, iż lekarze i akuszerki, których rady zasięgała, sprzeczne i niepewne dawali jéj w téj mierze odpowiedzi.

Przedmiotowo stwierdziłem: Kobieta niskiego wzrostu, źle odżywiona, niedokrewna, o kośćcu miernie rozwiniętym. Sutki obwisłe, chude; z brodawek nie daje się żadna ciecz wycisnąć. Brzuch o skórze prawidłowéj z bliznami poporodowemi — oglądany w pozycyi stojącéj badanéj przedstawił się w następujący sposób: nadzwyczaj silnie wzdęty jak przy najwyższych stopniach bębnicy (skutkiem czego chora stale aż pod sutkami przypasywała sobie wszystkie swe spodnice!), po upływie kilkudziesięciu sekund łagodnym ruchem zmienił swój kształt w taki, jaki cechuje 9 miesiąc księżycowy ciąży pierwiastki; po krótkim odpoczynku w téj postaci rozpoczynało się kilkuminutowe falowanie ściany (przodkowéj) brzusznéj w ten sposób, że odbierałem wrażenie, jakoby dojrzały płód w położeniu poprzecznêm walcował około swéj osi podłużnéj wewnątrz brzucha, który potém przybierał znowu wspomniany kształt bębniczy i t. d. Stan ten obserwowałem blisko pół godziny; zajmowanie uwagi choréj rozmową nie zmieniało go wcale. Chora i towarzysząca jéj sąsiadka twierdziły stanowczo, że „tak“ jest bezustannie na jawie; jak we śnie, na pewne powiedzieć nie umiały. W pozycyi pozioméj nie wymacałem żadnéj nieprawidłości w ścianach brzusznych, żadnego obrzęku w jamie brzusznéj, ani żadnego tamże nie wypukałem stłumienia nieprawidłowego; a badanie przez pochwę nie wykazało nic, coby ciążę przypuścić pozwalało — zwłaszcza 3 miesięczną. Badanie płuc, serca, moczu, układu nerwowego nie wykryło nic, coby zasługiwało na szczególniejszą wzmiankę.

Na podstawie tego wyniku badania oświadczyłem choréj stanowczo, że nie jest w ciąży, ani „wody w brzuchu nie ma“ i że wkrótce będzie zdrową. Zaleciłem kąpiel letnią 10-minutową pod wieczór z następowém smarowaniem brzucha maścią ichtyolową; 3.00 *antipyrini* na dzień; wreszcie jak najposilniejszą dyjetę i świeże powietrze.

W tydzień potém Antonina B. pojawiła się znowu u mnie. Tym razem atoli spodnice jéj przypasane były w pasie, a brzuch nie okazywał ani żadnéj bębnicy ani śladu jakiegokolwiek mimowolnego ruchu ścian. Uleczona zapewniała, że choroba ustąpiła zaraz po pierwszym proszku (1·00) *antipyryny* tak, że „kąpieli i smarowania już właściwie nie było potrzeba“, lecz zastosowała je także.

Jak przykrym musiał być stan opisany dla choréj, najlepszym dowodem, że — mimo zawiedzionych „serdecznych nadziei“ — w rok późniéj otrzymałem od Antoniny B. list pełen podziękowań za tak szybkie a trwałe uleczenie. Czy uleczenie to istotnie szybkie sprowadziła *antipiryna*, czy też moje stanowcze oświadczenie, że ciąży nie ma, rozstrzygną szanowni czytelnicy sami, jak zapewne przyznają, że jestto jeden z najciekawszych przypadków, których istotę, sądzę, Strümpell najtrafniéj sformułował w słowach: *„Störung der normalen Verbindungen und Beziehungen zwischen den am meisten central gelegenen somatisch-nervösen Vorgängen und denjenigen Vorgängen, welche wir bereits als psychische bezeichnen müssen“.*

Dr. *Karol Zaleski* (*Sanok*).

W sprawie powikłań ze strony narządu krążenia śród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj.

Będąc świadkiem żywéj dyskusyi na posiedzeniach Tow. lek. krak. na temat wykładu Doc. Dr. Gluzińskiego p. tyt. „O powikłaniach ze strony narządu krążenia śród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj“ uważam za stosowne podać do publicznéj wiadomości przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w ostatnich kilku tygodniach.

D. 26 lutego b. r. zostałem wezwany do mężczyzny 24-letniego, u którego stwierdziłem zapalenie lewego przyjądrza na tle przewlekłéj rzeżączki, trwającéj według podania chorego od 14 miesięcy, dotąd niczem nie powikłanéj. Zastosowałem zwykłe leczenie. Nazajutrz chory skarżył się na bezsenność, wywołaną napadami duszności, bicie serca, nadto na ból w okolicy serca. Z dalszych wywiadów dowiedziałem się, że chory w r. 1885 przebył zimnicę, w r. 1887 dur brzuszny. Na bicie serca nigdy nie cierpiał, gośćca stawowego ani mięśniowego również nigdy nie przebywał. Badanie wykazało: ciepłotę 38·3, tętno silne i pełne 88, rozległy nieżyt oskrzelowy w narządzie oddechania, w narządzie trawienia zastoiny kałowe; mocz prócz objawów odpowiadających rzeżączce prawidłowy. Narząd krążenia zaś zachowywał się jak następuje: Uderzenie koniuszkowe widoczne i wyczuwalne w 5-tym przestworze międzyżebrowym, stłumienie serca w rozmiarze prawidłowym; przysłuch zaś wykazuje wybitne tarcie osierdziowe na całym obszarze sercowym przy tonach czystych.

Po podaniu środka przeczyszczającego ciepłota wróciła do prawidłowego poziomu; objawy podmiotowe ze strony serca trwały jeszcze 6 dni, poczem ustąpiły z ustaniem pierwszych ostrych objawów zapalenia przyjądrza, przedmiotowe zaś trwały daléj i utrzymują się dotąd. Do wysięku w worku osierdziowym nie przyszło. Ostatni raz widziałem chorego d. 17 kwietnia b. r.; czuje się zupełnie zdrowym; w przyjądrzu pozostało stwardnienie wielkości orzecha laskowego, w moczu nitki — tarcie osierdziowe, jakkolwiek nie tak wybitne, daje się i teraz wykazać.

Dr. *Józef Friedberg.*

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. P. Bruns. **Wpływ leczniczy róży na nowotwory.**

W 22-ch przypadkach nowotworów wystąpiła dobrowolnie róża: 1) 5 razy istniał mięsak histologicznie stwierdzony; w trzech przypadkach nastąpiło całkowite i trwałe wyleczenie. 2) Trzy przypadki owrzodziałego raka twarzy; skutek róży wątpliwy. 3) Sześć przypadków raków i mięsaków histologicznie nie stwierdzonych; działanie róży tylko przemijające. 4) Dwa przypadki wielokrotnego bliznowca rzekomego (Narbenkeloid) po oparzeniu; całkowite wyleczenie. 5) Cztery przypadki gruczolaka limfatycznego szyi, które częścią zniknęły, częścią się zmniejszyły. Sztucznie wywołano różę w 5-ciu przypadkach: 3 przypadki raka sutkowego, z których 1 niezmieniony, 1 o połowę zmniejszony, 1 zmniejszony do stwardniałości w bliźnie wielkości grochu;

daléj 1 wielokrotny włókniako-mięsak skóry, częściowo zmniejszony i 1 mięsak oczodołu niezmieniony. Na téj podstawie uważa B. sztuczne wywoływanie róży w celu usunięcia guzów wśród pewnych okoliczności za usprawiedliwione. Jako jedyny sposób sprowadzenia róży poleca się zaszczepianie hodowli czystych drobnoustrojów róży według Fehleisena. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889 Nr. 4). Dr. *Baschkopf.*

Farmakologija.

Prof. Mentin: **O chloroformie w handlu.**

Przypady ciężkie, które powstawały przy znieczulaniu chloroformem, skłoniły prof. M. do zbadania czystości tegoż. Badał on chloroform z 5 fabryk: Behringera, Scheringa, Gehego, Duncana i Hoffmana, czy przetwór odpowiada wymogom farmakopei rosyjskiéj. Okazało się, że wszystkie te chloroformy nie wrą przy cieplocie 60°—61°, jak tego wymaga przepis, lecz zawierają składniki wrzące niżéj i wyżéj téj ciepłoty. Nie ulatniają się one w zupełności, lecz pozostawiają zawsze twardą lub masłowatą pozostałość o nieprzyjemnéj woni, wywołującéj przy oddechaniu ból głowy i odurzenie. Tych pozostałości nie można było zbadać z powodu ich nieznacznéj ilości, lecz autor przypuszcza, że są to pochodne alkoholów wyższych, które znajdują się tutaj wskutek używania do wyrobu chloroformu alkoholu, zawierającego fuzel. Najlepszy sposób oczyszczenia takiego chloroformu jest podług autora następujący: do czystego chloroformu, znajdującego się w handlu, dodaje się 2% czystéj parafiny i destyluje się. Zbiera się tylko części wrzące przed 61° C. Przy tym bardzo prostym sposobie strata nie jest większą niż przy innych sposobach i wynosi koło 10%. (*Wracz.* 1889 Nr. 14). *A. W.*

Dr. Hofmeister przekonawszy się, że agarycyn zawdzięcza działanie tamujące wydzielanie potu wyłącznie tylko kwasowi agarycynowemu, zbadał działanie fizyjologiczne tego ostatniego na zwierzętach. Okazało się, że kwas ten silnie działa na ośrodki w rdzeniu przedłużonym i w sąsiednich częściach rdzenia pacierzowego. Ośrodki naczynioruchowe i nerwów błędnych zostają z początku zadrażnione, a potem porażone. Co do działania tamującego wydzielanie potu, to dawka 0·05—0·1 podana młodym kotom, zmniejsza z początku, a wreszcie i zupełnie tamuje to wydzielanie. Badania nad zastosowaniem leczniczem tego kwasu u ludzi wykazały, że dawki 0·5, a nawet 0·1 nie wywołują wcale objawów zatrucia, a dawki 0·02—0·03 znoszą chorzy bardzo dobrze. Wreszcie zwraca autor uwagę na to, że dawki te są ustanowione dla zupełnie czystego kwasu agarycynowego. (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie,* t. XXV). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Christoph (Konstantynopol): **Przyczynek do leczenia kolki nerkowéj.**

Kobieta 23-letnia, wątłego zdrowia, po 3 letniem małżeństwie bezdzietna, bardzo nerwowa, dziedzicznie obciążona (ojciec jéj cierpiał na kurcze i choroby nerwowe) cierpi od trzech miesięcy kolki nerkowe i leczono ją za pomocą wodniku chloralu, antipyrynu, morfinu, będźwinianu litowego bez skutku. W moczu piasek, po części też kamyczki moczanowe. Mimo 5 ct. gramowéj codziennéj dawki morfinu chora doznawała nieustannie bólów, które pozbawiały ją snu, upośledzały odżywienie i rozstroiły układ jéj nerwowy jeszcze więcéj. W obec bezskuteczności wszystkich dotychczas używanych środków próbował Ch. wdychiwania chloroformu według przepisu Trousseau. Po wziewaniu przez 20 do 30 sekund bóle zupełnie ustały. Późniéj podał autor w zamian butylchloral 5 gramów w 120 gramach wody z 10 gr. *spirit. vini rectif.* i 20 gr. gliceryny również z dobrym skutkiem. 2—4 łyżki stołowe na dzień prędko po sobie dawane uwolniły chorą od bólów. Uretanu 3—4 gramy dziennie też dobrze działały. Dla rozpuszczenia kamyków dodawał jeszcze 3 łyżeczki od kawy roczczynu *Magnes. bor. nitr.* z cukrem w wodzie. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, Nr. 19). Dr. *R. Spira.*

Prof. Nothnagel (Wiedeń): **O patologii i leczeniu wewnętrznem niedrożności jelit.**

Doświadczenia na zwierzętach pouczają, że jeżeli się założy podwiązkę na jelito, aby wytworzyć sztuczną niedrożność, wtedy występują silne ruchy robaczkowe powyżéj miejsca zwężonego, które stają się coraz silniejsze aż nareszcie jelito w tem miejscu znacznie rozszerzone i przepełnione traci zdolność kurczenia się nawet po zadrażnieniu silnym prądem przerywanym, t. j. staje się porażonem. Ztąd wynika, że wszystkie środki przeczyszczające, więc zmierzające do wzmagania ruchów robaczkowych, w tym stanie nie tylko żadnego skutku wywierać nie mogą, ale raczéj szkodzić muszą. Również stosunki anatomiczne w przepuklinach zewnętrznych i wewnętrznych, w zwężeniu jelit, w zagłobie, w przeszkodach mechanicznych, jako przyczynie niedrożności, jak w raku, zwężeniu bliznowatem i t. p. nie pozwalają używać takich środków.

Co się tyczy doświadczeń klinicznych, to przemawiają one najwięcéj przeciw działaniu środkami przeczyszczającemi. Za to polecają się środki działające na kiszki od dołu. Lewatywy w takich przypadkach mogą niekiedy bardzo dobre skutki przynosić; w żadnym razie przynajmniéj nie szkodzą. Lewatywy z wodą letnią albo lodową a jeszcze więcéj za pomocą syfonów lodowych bardzo dobrze działają. Najwięcéj poleca N. lewatywy z mocnego rozczynu soli kuchennéj, które już dla tego lepiéj działać mają, że płyn taki wyżéj w jelita wnika, niż za pomocą strzykawki wciskać go można.

Bardzo ważnym środkiem jest makowiec tak, że w każdym ostro i nagle występującym bólu w brzuchu, nim się jeszcze wie, o co się rozchodzi, wstrzykiwanie makowca albo morfinu zawsze jest na miejscu, a nigdy szkodzić nie może. Bardzo ważne jest wstrzymywanie się od pokarmów. Daje się choremu kawałeczki lodu do połykania, płynne pożywki, które jednak znowu wypluwać trzeba. Po wypłukaniu żołądka N. nigdy żadnego skutku nie widział. Na końcu nadmienia wykładający, że jedynem pewnem i najważniejszem leczeniem niedrożności jelit jest leczenie chirurgiczne. (*Internationale klin. Rundschau* 1889, Nr. 11). Dr. *R. Spira.*

Schott (Mannheim): **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.**

Autor opisuje powikłania, które mniéj lub więcéj często téj chorobie towarzyszą, jakoto: drżenie, niedokrewność, blednica, obfite poty, zboczenia w miesiączkowaniu, przypady nerwowe i t. d. Istoty choroby szuka S. zgodnie z kilku innymi autorami w zachorowaniu ośrodków mózgowych, dotychczas jeszcze nieznanych. Przebieg może być ostrym, przyostrym i przewlekłym; na końcu roztrząsa S. dzisiejszy stan leczenia. Między lekami w pierwszym rzędzie zasługuje na wzmiankę chinina i żelazo. Za pomocą elektryczności w postaci stałego i przerywanego prądu udało się często osiągnąć bardzo dobre skutki a leczenie to zasługuje zatem na polecenie. Również używa się coraz więcéj leczenia zimną wodą i zdrojowego a w najnowszym czasie chwalą bardzo pobyt w okolicach górskich. Na leczenie psychiczne i dyjetę wzmacniającą trzeba zwrócić uwagę. Skutki za pomocą hydro klimato- i balneo-terapii osiągnięte dają się tak streścić: 1) polepszenie stanu ogólnego a szczególnie wyleczenie niedokrewności i blednicy; 2) wzmocnienie układu nerwowego, a tym sposobem usunięcie niektórych przykrych przypadów nerwowych; 3) zbawienny wpływ na 3 kardynalne objawy to jest wzmocnienie, zwolnienie tętna i usunięcie arytmii i dobry wpływ na wole i wysadzenie gałki ocznéj. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, Nr. 13). *Dr. R. Spira.*

Chirurgija.

Hager: (Wandsbek): **Przypadek przyszycia nerki wędrującéj.**

Wobec nerki wędrującéj mamy do wyboru między dwiema operacyjami, jeżeli chory na zabieg operacyjny się zgadza, między wycięciem nerki i przyszyciem takowéj. Ostatnia operacyja, jak się w ostatnich czasach pokazuje, ma widoki ustalenia się między chirurgami, przyszycie bowiem nerki wędrującéj daje daleko lepsze wyniki aniżeli jéj wycięcie, tem bardziéj, że wobec wycięcia zawsze staje przed operatorem ważne pytanie, czy druga nerka pozostała będzie zdolną do wypełnienia zwiększonéj czynności. Do nielicznych przypadków nefrorafii dodaje H. jeden własny, wprawdzie nie przez siebie operowany, ale przez długi czas spostrzegany. 22-letnia panienka została przed trzema laty uderzoną w bok prawy. Chwilowy ból minął wkrótce, w parę jednak

miesięcy potem zaczęły występować kurcze, duszność, bóle w brzuchu, bolesne moczenie itp. Dokładne badanie przedsięwzięte przez H. w rok blisko po odniesionym urazie, wykazało ruchomą prawą nerkę. Leczenie zachowawcze (dyjeta, spokój, opaska) nic nie pomagały; przystąpiono wtedy (Wiesinger) do wycięcia nerki. Zrazu miała się chora po operacyi źle, przyszła jednak z czasem powoli do siebie. W trzy miesiące jednak po operacyi mógł H. wykazać i lewą nerkę ruchomą, a w dodatku wszystkie objawy kamicy nerkowéj. Kümell wykonał na niéj nefrorafię z dobrym skutkiem i odtąd ciężkie przypady chorobowe ustały. W przypadku nadarzającym się byłby H. odtąd zawsze za przyszyciem nerki wędrującéj, a nigdy za wycięciem. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 2). *Dr. Kraus.*

Zuckerkandl (Wiedeń): **Nowy sposób odsłaniania narządów miednicy od strony międzykrocza.**

Według Z. nowy jego sposób odsłaniania narządów miednicy, gruczołu krokowego, tylnéj ściany pęcherza, odbytnicy, kątnicy i macicy wraz z częściami jéj dodatkowemi ma o wiele przewyższać wszystkie dotychczasowe sposoby operowania. Sposób jego jest wynikiem badań, które porobił w zakładzie anatomicznym wiedeńskim. Polega on na poprowadzeniu cięcia w postaci płatu, którego brzeg górny jest na 3 ctm. oddalony od otworu stolcowego, rozbieżnie zaś przebiegające ramiona idą w kierunku ku guzom siedzeniowym. Chory leży w położeniu cięcia kamienia, do pęcherza wprowadza się cewnik metalowy. Według Z. ma sposób jego być lepszy jeszcze niż Kraskego, przy którym znaczny krwotok przeszkadza szybkiemu ukończeniu tak ciężkiego zabiegu. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 27). *Dr. Kraus.*

Matwiejew: **Ektopija pęcherza moczowego. Operacyja autoplastyczna.**

Chory, mężczyzna lat 19. Pępka brak, a w okolicy nadłonowéj twór czerwony, kształtu owalnego, ułożony poprzecznie dluższą średnicą. Twór ten pokryty błoną śluzową, a w dolnéj jego części znajdują się 2 otwory, przez które wycieka mocz. Członek nierozwinięty w stanie całkowitego wierzchniactwa. Kości łonowe niezrośnięte. Operacyję wykonano podług planu prof. Sklifasowskiego w ten sposób, że z początku usunięto wierzchniactwo, co wykonano w większéj części cewki moczowéj w ciągu 15 dni, a następnie przystąpiono do usunięcia ektopii pęcherza. W tym celu za pomocą ostrożnych cięć oddzielono pęcherz zupełnie od otaczających części i zeszyto jego brzegi. Następnie kawałkami skóry z części bocznych zakryto ranę za pomocą szwów jedwabnych i wprowadzono cewnik. Chory żył półtora miesiąca. Jako przyczynę śmierci wykazała sekcyja przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych, które przeszło w okres ostry i zapalenie ropne ogniskowe nerek. Co zaś do pęcherza, to przednia ścianka jego zrosła się tak dobrze, że trudno było nawet wykazać miejsce, gdzie istniał szew. Przyczyna śmierci wcale nie zależała od operacyi. Na podstawie tego przypadku uważa autor ten sposób operowania za najlepszy, wymaga on bowiem bardzo małego zranienia, jest prawie bezkrwawy, a wreszcie leczenie pooperacyjne jest łatwiejsze, niż w innych sposobach. (*Wracz*, Nr. 12 1889). *A. W.*

Dr. O'Callaghan przytacza 3 przypadki gruźliczego zapalenia otrzewny, które wyleczył za pomocą przepłukiwania jamy otrzewnowéj. Wynik był zadziwiający, szczególnie u dziecka 15 lat, silnie wycieńczonego. Autor otworzył jamę otrzewnową i przepłukiwał ją ciepłą wodą, dopóki ta nie wypływała zupełnie przeźroczysta. Obecnie w 10 miesięcy po operacyi dziecko to cieszy się najlepszem zdrowiem. (*Le Bullet. méd.* 24 marca). *A. W.*

Prof. Wölfler zrobił kilka prób przeszczepienia błony śluzowéj z dosyć dobremi wynikami. A mianowicie przeszczepiał on w 3 przypadkach zwężenia cewki moczowéj i dwu wytwarzania powiek i lica. Używał do tego błony śluzowéj z żołądka żaby, przełyku gołębia, pęcherza królika. Technika przeszczepiania była następująca: za pomocą brzytwy ścinał cieńkie skrawki błony śluzowéj długości kilku centym. i 1—2 centim. szorokości i nakładał je na powierzchnię granulacyjną, nie przymocowując szwami. Na taki skrawek nakładał gazę jodoformową z wazeliną i zostawiał to na 5—6 dni. (*Langenbeck's Archiv* t. XXXIII). *A. W.*

Choroby kobiece.

Kurz (Florencya): **O racyjonalnem leczeniu gorączki połogowéj za pomocą ciągłego skrapiania.**

K. trzymając się zasady chirurgów, którzy zwalczają jad zakaźny w miejscu jego wtargnięcia, stosuje od kilku lat w nadarzających się przypadkach gorączki połogowéj ciągłe przestrzykiwania kwasem karbolowym 2% z dodatkiem wyskoku; ani jeden ani drugi nie bywa w wielkiéj ilości wchłonięty, obydwa działają za to miejscowo; wyskok lepiéj wessany przeciwdziała szkodliwemu działaniu wessanego kwasu karbolowego. K. urządza te ciągłe przestrzykiwania w ten sposób, że położna leży na szerokiéj miednicy, u któréj jednéj ściany znajduje się rurka otwarta odprowadzająca ciecz zużytą do naczynia pod łóżkiem się znajdującego. W wysokości 1 metra nad łóżkiem umieszcza się koneweczkę, z któréj rozczyn kwasu karbolowego ciepłego przez dren spływa przez kateter maciczny Fritsch-Bozemana do jamy macicy, a stąd po spełnieniu zadania do podłożonéj miednicy. W ten sposób można przez kilka godzin dziennie macicę ciągle przestrzykiwać. Autor żałuje, że nie miał dotychczas sposobności spróbować kreolinu w podobnych przypadkach, leku tak mało trującego, a tak zachwalanego. W końcu przytacza K. całą literaturę dotyczącą otruć sublimatem po połogach. (*Wiener Klinik* Heft 12, 1888). Dr. *Kraus.*

Choroby oczne.

Wicherkiewicz Wł.: **Przetrwanie błony źrenicznéj.**

Do liczby okulistów-rodaków przybywa nam nowy kolega. Jest nim Dr. Bohdan Wicherkiewicz, brat zaszczytnie znanego na polu piśmiennictwa kol. Bolesława. W 34 tomie Graefego archiwu z r. z. pomieścił on ciekawą rozprawę p. t, *Beiträge zur Kenntniss der persistirenden Pupillarmembran* (str. 35—53). Podawszy literaturę trwałéj błony źrenicznéj, któréj opisów mamy już około 150 i rozebrawszy przedmiot pod każdym względem, autor podobnie jak niedawno kol. Rumszewicz, zwraca uwagę, że błona ta pod postacią pozostałych nitek lub resztek błony przyczepia się dość często nietylko, jak zwykle, do zewnętrznego brzegu źrenicznego, lecz do zewnętrznego krańca ciała rzęskowego, tęczówki, względnie dochodzi do połączenia rogówki z białkówką. Dla rozpoznania najlepiéj nadaje się lupa Westien-Zehendera. Autor podaje opis objaśniony pięknie wykonanemi rycinami 8 miu przypadków trwałéj błony, obserwowanych w klinice ocznéj kol. Bolesława w Poznaniu. Najwięcéj nas zainteresowały dwa przypadki, w których prócz błony istniały inne wady rozwojowe oczu, *ectopia lentis et corectopia*. Ja taką wadę w postaci pozostałéj nitki opisałem przy szczelinie tęczówki. Dwóch pacyjentów kol. Bolesław operował w celach poprawienia wzroku. U jednego chłopca w lewem oku wyciągnięto błonę za pomocą haczyków i następnie odcięto, źrenica zupełnie oczyściła się i siła wzroku z $^6/_{36}$ (po atropinie $^6/_{24}$) polepszyła się do $^6/_{18}$. (*Ast. Hyp.*); zbadana drobnowidem błona składała się z drobnych komórek tk. łącznéj, z których niektóre były zabarwione, i z cienkich naczyń włosowatych. U drugiego chłopca z błoną rozpoztartą przed źrenicą na kształt żagla, nie udało się wprawdzie w prawem oku wyciągnąć haczykiem błony, lecz takowa rozdarła się z dołu do góry i pacyjent, który zaledwo tem okiem liczył palce na 20', po kilku tygodniach odzyskał V $^{20}/_{40}$ przy H.; D. W liczbie 24 cytowanych w końcu rozprawy prac o błonie źrenicznéj autor wymienia i obserwacyje Drów Szokalskiego, moje i Rumszewicza, którego 3 spostrzeżenia ogłoszone w *Przeglądzie Lekarskim* w r. 1887 (Nr. 36—37) podaje w obszerniejszem streszczeniu czytelnikom archiwu. *Dr. J. Talko.*

Adamiuk: **Jaskra w oczach pozbawionych soczewki, resp. w afakii.**

Przypadki takie są dość rzadkie. I jeszcze na ostatnim zjeździe oftalm. Dr. Priestley Smith wykazywał znaczenie soczewki w sprawie jaskrawej. W r. z. Dr. Łażecznikow z Moskwy podał w *Wiestniku Oftałmołogii* opis 3-ch podobnych przypadków. W temże piśmie w r. b. prof. A. podaje 2 spostrzeżenia rozwoju ostréj jaskry z utratą wzroku

u niektórych osób, u których z pomyślnym rezultatem niezadługo przedtem operował zaćmę. Autor odrzuca znane teoryje powstawania jaskry, osobliwie zarośnięcie kanału Fontany; zdaniem jego choroba ta bywa li tylko wynikiem utrudnionego odpływu krwi z gałek przez *venae vorticosae*, a które może pochodzić od uciśnienia żył w miejscu ich wyjścia, zbliżenia lub zmian ich ścianek, rozszerzenia limfatycznéj przestrzeni okołonaczyniowéj i t. p. Wreszcie Dr. A. podaje opis 2ch przypadków ostréj jaskry, wywołanéj zapuszczeniem atropiny i uleczonéj takową u drugiéj pacyjentki. Ta ostatnia wskutek silnego napadu ostréj jaskry, połączonego z obrzękiem powiek i ociekliną spojówki już miała być operowaną (irydektomiją), gdy zakropioną do oka na kilka godzin przedtem atropina zupełnie usunęła napad, przywracając wzrok. W skutek tego prof. A. radzi w przypadkach ostréj jaskry przed wykonaniem operacyi wziąć się 2—3 razy do atropiny, któréj wpływ może się okazać dobroczynnym, usuwającym rękoczyn. Atropina kurcząc tęczówkę, wyciska krew z jéj naczyń, wpędza takową przez żyły rzęskowe do vv. *vorticosae* i znosi tym sposobem zastoiny krwi w takowych. Lecz z drugiéj strony w przypadkach usposobienia do jaskry, osobliwie przy płytkich komórkach, trzeba się wystrzegać atropiny, wywołującéj ostry napad jaskry, co niestety nie każdemu z praktykujących lekarzy wiadomo. *Dr. J. Talko.*

Dr. Koliński: **O działaniu naftaliny na oko i o t. z. zaćmie naftalinowéj.**

Kwestyja ta od kilku lat była przedmiotem studyjów Boucharda, Panasa i Dora, którzy po zadawaniu królikom naftalinu spostrzegli pierwiastkowo zmiany siatkówki oraz jéj oderwanie się, a następnie dopiero tworzenie się zaćmy. Okuliści niemieccy, jak Hess i Magnus, przyszli do innych rezultatów: zmiany w siatkówce, osobliwie w *stratum pigmentosum*, objawiają się późniéj niżli zaćma.

Kol. K., lekarz wojskowy w Łodzi, robił doświadczenia w jednéj z pracowni uniw. warsz.; zadawał on naftalinę 30-stu zwierzętom, przeważnie królikom i świnkom morskim (psy mniéj nadają się do tego) w ilości 1 grm. naftalinu na 1 kilo wagi ciała, codzień lub co kilka dni. Najprzód dają się spostrzegać krwotoki w *corp. ciliare*, naczyniówce i nawet białkówce, przy znacznie rozszerzonych naczyniach naczyniówki, przeważnie w przedniéj części gałki, gdzie w krótce zjawiają czerwone plamy, następnie opisane przez Panasa białe plamy, które z czasem dochodzą prawie do saméj tarczy nerwowéj. Dalszym objawem otrucia zwierzęcia naftaliną bywa oderwanie się siatkówki i formowanie się fałszywych błonek, które prawie zupełnie zakrywają siatkówkę w dolnéj części gałki, a po za soczewką tworzą nieruchome nitki i płatki, układające się promienisto od rzęskowych wyrostków do środka tylnéj powierzchni soczewki. U większéj części królików do pojawienia się białych plam dają się widzieć białe, drobne, błyszczące punkciki (*synchisis étincelant*, Panas), siedzące na saméj siatkówce lub na błonkach rzekomych. Są to drobnowidowe kryształki, które się tworzą także na przedniéj torebce soczewki, a nawet na rogówce, co stwierdził autor po 9 miesięczném karmieniu królika naftaliną.

Badanie mikroskopowe stwierdziło, że głównie po naftalinie ulegają zmianom naczynia *chorio-capillaris* naczyniówki, które pękają i krwotoki stają się przyczyną oderwania siatkówki; powoli ciałka krwi ulegają tu rozpadowi i powstaje rozpad ziarnisty (*exsudat grenu*, Panas), niszczący warstwę pałeczek i czopków siatkówki i barwikową nabłonkową jéj warstwę. Siatkówka zwykle staje się obrzmiałą naciekłą, ziarnistą masą i kryształkami; na preparatach znajdujemy torbielowe jéj zwyrodnienie (Iwanow); kryształki głównie siedzą na wewnętrznéj, nerwowéj jej warstwie, oraz między siatkówką i ciałkiem szklistem [1]). Rozbiór chemiczny kryształków jeszcze nieukończony, znaleziono w nich dotąd wapień i fosfor; usadawiają się one tam, gdzie w ogóle niema naczyń, niepostrzegano ich przeto w trzewach wewnętrznych.

Co do zaćmy naftalinowéj to takowa tworzy się następowo i prędzéj zwierzę zdecha, nim zaćma rozwinie się w zupełności. Najpierw obserwował autor astygmatyzm soczewki, wskutek zmian w wypukłości (falistość) przedniéj jéj powierzchni, wskutek tworzenia się pod *Capsula exterior* warstwy wielostronnych komórek, miejscami ulegających następczo zanikowi. Potem widzimy korowe zmętnienie soczewki, przy jądrze zupełnie przeźroczystem, następnie promieniste jéj zmętnienie, z odgraniczeniem sektorów, i dopiero późniéj całkowitą zaćmę barwy błękitno-białéj z odbiciem perłowéj macicy. Ma ona pewne podobieństwo do z. diabetycznéj (Förster), nigdy zaś nie bywa czerwonawą lub innéj barwy, jak to widział Panas. Objawia się ona u rozmaitych królików nie w jednym czasie — u jednych już po 2-ch dawkach naftaliny (2 grm.), gdy u drugich nawet po 9 mies. otruciu (dawka dochodziła do 8 grm.!) nieudawało się wywołać całkowitéj zaćmy. Trzeba mieć na uwadze tę indywidualność zwierząt, przy ocenieniu rezultatów doświadczeń.

Zdaniem kol. K-go zmiany w oczach zwierząt, wywoływane naftaliną, są wynikiem upadku ich odżywienia, połączonego ze zmianami ciałek krwi i samych ścianek naczyń, które dają powód do krwotoków nietylko w oczach, ale i w wątrobie, w sercu i nerkach. Gdzie więcéj naczyń, tam prędzéj spostrzegamy zmiany patologiczne: pod tym względem oko zajmuje jedno z pierwszych miejsc, szczególniéj naczyniówka i ciałko rzęskowe, od których zależy złe odżywienie siatkówki, ciałka szklistego i soczewki. (*Wiestnik Oftalmołogii* książka I. z r. 1889). *Dr. J. Talko.*

[1]) Uwaga sprawozdawcy: Co do tego terminu okuliści polscy powinni się porozumieć nareszcie. My, warszawiacy, zgodnie z prof. Szokalskim, używamy terminu „ciałko szkliste;“ szkoła zaś krakowska i poznańczycy piszą zwykle „ciałko szklane“. Nam się zdaje, że pierwsza nazwa jest stósowniejsza, nie mamy bowiem do czynienia z ciałem ze szkła, lecz przypominającem szkło.

Choroby weneryczne.

F. Neumann: **O kile dziedzicznéj.**

Na podstawie 10 dokładnie spostrzeganych przypadków czyni N. następujące wnioski: 1. Matka kiłowa może w każdym okresie choroby przenieść chorobę na potomstwo. 2. Matka, która nabyła choroby po zapłodnieniu, udziela niekiedy płodowi kiły. 3. Jeżeli zarażenie matki nastąpiło po zapłodnieniu i jeżeli ojciec podczas płodzenia miał kiłę, w takim razie wpływ na potomstwo jest o wiele silniejszym. 4. W ostatnich miesiącach ciąży nabyta kiła nie przechodzi zazwyczaj na potomstwo. 5. Jeżeli zarażenie i zapłodnienie równocześnie nastąpiło, wtedy połowa dzieci ginie. 6. Przy zarażeniu przed zapłodnieniem prognoza dla potomstwa tem jest lepszą, im bardziéj odległe jest zarażenie od zapłodnienia. 7. Największe widoki nienabycia téj choroby mają te dzieci, których matki nabyły kiłę dopiero w ostatnich miesiącach ciąży i których ojciec podczas płodzenia był zdrów, tak samo potomstwo rodziców okazujących kiłę trzeciorzędną. Z 109 przypadków tylko 44 dzieci przyszło zdrowo na świat, a z tych tylko bardzo mała liczba pozostała przy życiu (*Wiener med. Presse*). *Dr. Baschkopf.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

P. F. Frankland: **O wpływie kwasu węglowego i niektórych innych gazów na rozwój mikroorganizmów.**

Badając działanie wodorodu, tlenu węgla, kwasorodku dwuazotu i kwasu węglowego na prątek ropy zielonawoniebieski, na spiryle cholery i Finklera przekonał się, że grzybki te najłatwiéj znoszą wpływ wodoru, a najmniéj kwasu węglowego. Kwas węglowy powstrzymuje rozwój b. pyocyanei, gdy się zaś wpuści powietrze, na nowo się rozwija i zabarwienie tworzy. Spiryle cholery i Finklera nie rozwijają się także pod wpływem kwasu węglowego, ale też żywotności téj nie odzyskują napowrót, kiedy się wpuści do nich powietrze. Uderzyło to przedewszystkiem autora, że podczas gdy część hodowli badanych grzybków ginęła, reszta o większéj sile odpornéj utrzymała się przy życiu i późniéj, kiedy powietrze na nie działać zaczęło, nawet się trochę mnożyły. (*Zeitschrift f. Hygiene* B. VI, H. I). *J. B.*

Sprawa wodociągowa krakowska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Źródła regulickie wytryskują w liczbie kilkunastu na północnym końcu wsi Regulic i są rozmaitéj wielkości. Biorąc pod

uwagę tylko 6 zdrojów głównych, wytryskujących z litéj skały naprzeciw i nieco powyżéj kościoła, skład ich wody zaczerpniętéj w dniu 6 listopada 1886 r. przedstawia się według rozbioru Prof. Dra Olszewskiego jak następuje:

Ciężar gatunkowy 1·0002 przy 12·5°.

W 1000 wody znaleziono:

Chlorku sodowego . .	0.00383 grm.
Siarkanu sodowego . .	0.00410 „
Siarkanu potasowego . .	0.00331 „
Siarkanu barowego . .	0.00006 „
Siarkanu wapniowego .	0.00303 „
Azotanu wapniowego . .	0.00864 „
Węglanu wapniowego .	0.16354 „
Węglanu magnowego . .	0.06134 „
Węglanu żelazowego . .	0.00006 „
Tlenku glinowego . . .	0.00001 „
Kwasu krzemowego . .	0.01120 „
Chlorku litowego . . .	ślad
Razem . .	0.25912 grm.
Składników stałych przez odparowanie i wysuszenie pozostałości przy 180° C.	0.25348 „
Wolnego bezwodnika węglowego . . . . . czyli 8·81 cm³ przy 0° i 760 m/m.	0.01737 „
Ilość nadmanganianu potasowego potrzebna do utlenienia ciał organ. .	0.00151 „

czyli sprowadzając ten rozbiór chemiczny do określenia wody dobréj danego wyżéj, zawiera woda regulicka w jednym litrze miligramów:

Kwasu azotowego . .	6,	może zaś być według higijeny 15
Chloru	2,	„ „ „ „ „ 30
Kwasu siarkowego .	5,	„ „ „ „ „ 100
Wapna z magnezyją .	125,	„ „ „ „ „ 180
Pozostałości po odpar.	259,	„ „ „ „ „ 500

Kwasu azotowego i amonijaku nie wykryto wcale nawet ani w postaci śladu.

Wodę regulicką badano wielokrotnie chemicznie i nie znaleziono w niéj nigdy ani śladu amonijaku i kwasu azotowego; ścisłe zaś dwa rozbiory chemiczne, jakolwiek w różnych porach różnych lat dokonane, są do siebie bardzo zbliżone.

Woda regulicka odpowiada przeto zupełnie składowi dobréj, czystéj i niepodejrzanéj wody, nie jest za miękka, a smak z powodu dostatecznéj ilości kwasu węglowego i odpowiedniéj temperatury, bardzo bliskiej minimum przez higijenę przyjętego, jest przyjemny i orzeźwiający.

Rozbiór bakteryjologiczny dokonany przez Dr. Aleksandra Bossowskiego na wodzie zaczerpniętéj w sposób dla niéj najniekorzystniejszy, bo ze zdroju dzikiego, otwartego i z dnem pokrytem mułem, zkądinąd naniesionym, potwierdził w zupełności to, czego spodziewać się było można po zdrojach o bardzo jednostajnym składzie chemicznym, t. j. nie wykazał żadnych pierwocin chorobotwórczych, a ilość ciał uorganizowanych, nieszkodliwych bardzo małą.

Temperatura wynosi stale latem i zimą od 9·2 do 9·6° C. i jest dla każdego zdroju z osobna stałą, z błędem dochodzącym co najwyżéj do 0·1° C. Twierdzenie to opiera się na pomiarach kilkoletnich termometrem sprawdzonym.

Ta stałość temperatury tyloma spostrzeżeniami w różnych latach od r. 1879 dotąd stwierdzona dowodzi dwóch pod względem sanitarnym nadzwyczaj ważnych i pomyślnych dla sprawy wodociągowéj okoliczności, a mianowicie: 1) że źródła regulickie pochodzą z głębokości, na którą ani ciepło słoneczne, ani zmiany temperatury powietrza atmosferycznego nie działają, a 2). co może jeszcze ważniejsza, nie mają żadnych dopływów bocznych, chwilowych lub stałych; w przeciwnym bowiem razie musiałyby być w lecie lub na początku jesieni cieplejsze, w zimie lub z początkiem wiosny zaś zimniejsze, jednem słowem nie mogłyby mieć tak stałéj temperatury, jaką mają rzeczywiście.

Średnia roczna temperatura Krakowa, a zatem z prawdopodobieństwem bardzo małego błędu i Regulic, wynosi 7·86° C. Taka temperatura znajduje się w naszym klimacie stale w głębokości około 24 metrów. Ponieważ odtąd według dat najnowszych zebranych w tunelach, kopalniach i studniach artezyjskich, co 35 metrów biorąc średnio przypada podwyższenie się temperatury o stopień Celzyjusza, wypada, iż temperatura ziemi, a zatem i wody głównych zdrojów regulickich odpowiada średnio głębokości około 71 metrów. Wobec tego łatwo pojąć, dlaczego źródła regulickie nie zawierają w sobie nawet śladu ani amonijaku, ani kwasu azotawego, jakkolwiek wzgórza, z których źródła tryskają, są w znacznéj części pokryte polami uprawnemi, które nawet dziwnym zbiegiem okoliczności od strony północnéj spuszczają się prawie aż do samych źródeł i że przy różnych, nawet gwałtownych zmianach w opadach atmosferycznych nie okazują równoległych zmian wydatności.

Wystawmy sobie bowiem sączek czyli filtr grubości około 70 metrów i to sączek działający nietylko fizycznie, t. j. oczyszczający wodę z ciał zawieszonych, ale zarazem i chemicznie na wodę z powierzchownych warstw do głębi się dostająca, działający, a pojmiemy łatwo, iż sączek takiéj grubości bez otworów dla dopływów bocznych z wierzchu nie przepuści nie tylko nic kwasu azotawego i amonijaku, ale ani żadnego z grzybków chorobotwórczych, gdyby ten przypadkiem dostał się do gruntów w Regulicach i Nieporazie.

Zdroje przeto regulickie mają korzystny skład chemiczny, który utrzymuje się trwale, nie zawierają żadnych pierwocin chorobotwórczych, a innych tworów uorganizowanych bardzo mało, okazują małe zmiany wydatności, mają stałą temperaturę i pochodzą ze znacznéj głębokości, jednem słowem mają wszystkie przymioty, które potrzebne są do użycia ich do wodociągów.

Z pomiarów wypada średnia dzienna wydatność zdrojów regulickich 7035 m³, a uważając dzisiejszą ludność miasta Krakowa i przypuszczając dwie rzeczy: najprzód, że odrazu woda będzie wprowadzona do wnętrza i na piętra wszystkich domów, oddawana pod kontrolę choć niekoniecznie za pomocą wodomierzy i nakoniec, że ludność Krakowa będzie rosnąć w proporcyi dotychczasowéj, to zdroje regulickie wystarczyłyby do r. 1912, biorąc za podstawę stosunki wiesbadeńskie, gdzie miasto całe jest skanalizowane, a waterklozety pozwolone.

Co się tyczy stałości zdrojów regulickich, to geologowie oświadczyli się stanowczo za nią na podstawie badań geologicznych i pomiarów wydatności.

Z tego wszystkiego wypada:

1. Że woda zdrojów regulickich odpowiada swym składem chemicznym i temperaturą zupełnie określeniu wody dobréj.

2. Że pod względem bakteryjologicznym jest zupełnie bezpieczną.

3. Że korzystny jéj skład chemiczny utrzymuje się stale.

4. Że pochodzi ze znacznéj głębokości ziemi i że nie dostają się do niéj żadne dopływy boczne.

5. Że wydatność zdrojów regulickich biorąc obecną konsumcyję w Wiesbadenie za podstawę, wystarcza zupełnie na potrzeby Krakowa i teraz w najbliższych latach 20 do 30.

6. Nakoniec, że zdroje regulickie dają wszelkie możliwe rękojmie stałości i trwałości pod warunkiem, że w oznaczonym przez geologów okręgu ochronnym nie dopuści się do żadnych robót górniczych.

Na podstawie tego orzekła komisyja wodociągowa, opierając się na zdaniu znawców kompetentnych, że zdroje regulickie nadają się zupełnie do zaopatrzenia Krakowa w wodę i postanowiła przedłożyć Radzie miejskiéj stósowne w téj mierze wnioski.

(Ciąg dalszy nastąpi).

L. 19716

Okólnik

do wszystkich pp. c. k. Starostów i do W. Pp. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Według odezwy Wydziału krajowego z d. 14 marca 1889 l. 10526 obowiązany jest p. Kubicki dostarczać w ciągu roku 1889 na koszt funduszu krajowego dla każdego c. k. Starostwa i Magistratów miast Lwowa i Krakowa po 50 fijolek krowianki, a każda fijolka ma pomieścić krowiankę na 5 szczepień po 2 pustułki każde. Prócz tego ma p. Kubicki 400 fijolek dostarczyć tym Starostwom, gdzie z powodu panującéj ospy okaże się potrzeba przeprowadzenia szczepienia z konieczności.

O przysłanie krowianki należy się zgłaszać wprost do p. Kubickiego pod adresem „Lwów, ulica Batorego, Nr. 7.“

Po ukończeniu szczepienia przedłoży Pan wraz z operatem szczepienia sprawozdanie co do ilości i dobroci dostarczonéj krowianki.

Lwów d. 10 kwietnia 1889.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 maja. Wydział lekarski na ostatniem swem posiedzeniu wybrał wyborców rektorskich w osobach prof.: Madurowicza, Browicza, Obalińskiego i doc. Gluzińskiego. Wybór przypada z kolei na członka Wydziału lekarskiego. Następnie potwierdził na dalsze 2 lata asystenta 1-go przy klinice lekarskiéj Dra Józefa Surzyckiego, oraz asystenta 2-go przy tejże klinice Dr. Mikołaja Buzdygana.

* Za staraniem Dr. Goldhabera Wydział powiatowy w Nowym Targu zakupił krowiankę za 40 złr.; miasto zaś Nowy Targ za 5 złr.; wskutek zabiegów zaś lekarza miejsk. i członka Rady powiatowéj w Żółkwi, Dr. Drywalika, Wydział uchwalił, aby w tym roku wszystkie dzieci powiatu szczepione zostały i asygnował kwotę potrzebną na krowiankę, magistrat zaś m. Żółkwi wyznaczył na krowiankę dla dzieci miejskich kwotę 15 złr.

* **Wiadomości osobowe**. Drowie Baschkopf i Trzaskowski zamianowani zostali przez Wydział krajowy sekundaryjuszami w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W Petersburgu lekarz wojskowy Stanisław Kamieński bronił rozprawy p. t. „Materyjały do farmakologii acetofenonu.“ Uzyskał stopień doktorski.

* **Zmarli**. Dr. med. Oskar Cynowski, od r. z. nadzw. profesor farmacyi w uniw. Kijowskim, zmarł w Kijowie. Urodził się w Dorpacie, gdzie przed kilku laty, będąc farmaceutą, ukończył Wydział lekarski; wyznania reformowanego, liczył lat 40. W Twerze zakończył życie, jako emeryt, Dr. Józef Żyzniewski; po ukończeniu mosk. uniw. służył na Kaukazie do r. 1884, gdzie brał udział przeszło w 100 potyczkach z nieprzyjaciółmi. W Kownie dr. Konstanty Lubiński, b. starszy lekarz miejscowego wojsk. lazaretu. W Petersburgu Dr. Edward Niwiński, syn znanego w swoim czasie w Kijowskiem pedagoga i obywatela, został otruty podczas obiadu wraz z kilku innemi osobami.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 21: Bukowskiego: O wyłuszczaniu guzów twardych z macicy za pomocą cięcia w jéj ścianach; Kruszewskiego: Przyczynek do leczenia ostrego ropnego zap. stawu kolanowego. — W *Medycynie* Nr. 21; Radziszewskiego: Rana kłóta ścianki brzusznéj, wyzdrowienie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. OBRZUT: Origines des produits inflammato du rein dans la moladie de Bright. (Odbitka z *Arch. de méd. expér.*) Paris 1889, in 8-vo, str. 28 z tabl. — Dr WICHERKIEWICZ: Wspomnienie poświęcone ś. p. Dr. T. Kaczorowskiemu. (Odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo m. str. 5. — „Odczytów klin.“, wydawanych przez redakcyję *Gaz. Lek.* Nr. 3 i 4. LOEWENFELD: Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. Warszawa 1889, in 8-vo, str. 92. — Dr. S. MINTZ: (w Warszawie): Eine einfache Methode z. quant. Bestimmung d. freien HCl im Mageninhalte. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.* 1889) in 8-vo, str. 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 czerwca r. b. o godz. 6 popoł. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem prof. Pieniążek mówić będzie o laryngofisurze.

Do Nru dzisiejszego dołączona jest tablica litograf., drugą dołączy się w Nrze przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Leczenie przeciwprątkowe

SUCHOTY — GRUZLICA — ZAPALENIE GRUCZOŁÓW

PEREŁKI JODOFORMOWE

Dra CLERTANA.

Każda perełka zawiera pod żelatynową osłonką cienką, przeźroczystą i bardzo rozpuszczalną 5 ctgr. ***Jodoformu*** rozpuszczonego w eterze.

Średnia dawka: 4 dziennie po 2 przy każdym głównym posiłku.

*

PEREŁKI KREOZOTOWE

Dra CLERTANA.

Każda perełka zawiera pod żelatynową osłonką cienką, przeźroczystą i bardzo rozpuszczalną 5 ctgr. ***Kreozotu*** rozpuszczonego w eterze.

Średnia dawka: 4 dziennie po 2 przy każdym głównym posiłku.

Pigułki i ziarnka z napisami

wyrobu

Medal złoty jedyny na paryskiéj Wystawie powszechnéj 1878.

L. FRERE

Medal złoty na wystawie w Amsterdamie 1883.

Paryż 19, rue Jacob 19, Paryż.

WYCIĄG z KATALOGU:

Akonityn bezkształtny	po $\frac{1}{2}$	mlgrm.
Akonityn bezkształtny	po 1	mlgrm.
Akonityn krystalizowany	po $\frac{1}{4}$	mlgrm.
Aleos	po 5	ctgrm.
Arsenian sodowy	po 1	mlgrm.
Arsenian strychninowy	po $\frac{1}{2}$	mlgrm.
Atropin	po $\frac{1}{2}$	mlgrm.
Chlorowodan morfinu	po 1	mlgrm.
Digitalin bezkształtny	po $\frac{1}{2}$	mlgrm.
Dwuchlorek rtęci	po 1	mlgrm.
Dwujodek rtęci	po 1	mlgrm.
Ergotyn	po 1	ctgrm.
Jodek żelazowy	po 5	ctgrm.
Kodein	po 1	ctgrm.
Kofein	po 1	mlgrm.
Kwas arsenowy	po 1	mlgrm.
Kwas salicylowy	po 10	ctgrm.
Mlekan żelazowy	po 5	ctgrm.
Morton (Pigułki)		
Octan morfinowy	po 1	mlgrm.
Octan morfinowy	po 1	ctgrm.
Podofilin	po 1	ctgrm.
Podofilin	po 25	mlgrm.
Quassin	po 2	ctgrm.
Santonin	po 5	ctgrm.
Tanina	po 10	ctgrm.
Wyciąg belladony	po 1	ctgrm.

Nazwa i ilość istoty działającéj są wyciśnięte na każdéj pigułce lub ziarnku. Napis ten bardzo czytelny ma na celu zapobiedz pomyłkom tak łatwym w obchodzeniu się ze zwykłemi ziarneczkami.

Proces wyrobu pigułek i ziarnek z napisami pozwala otrzymać masy bezwzględnie jednostajne, w których *czynniki działające są jednostajnie rozdzielone* i *odmierzone z matematyczną ścisłością.*

Przyroda osłonki zapewnia utrzymanie istoty leczniczéj w wszelkich warunkach ciepłoty i wilgoci.

Wykaz powyższy obejmuje jedynie małą część pigułek i ziarnek które przyrządza Zakład p. L. Frere. Katalog zupełny i próbki wysyła się bezpłatnie każdemu lekarzowi na żądanie.

Mimo doskonałości pigułki te i ziarnka nie są droższe niż zwykle sprzedawane gatunki.

Pigułek i Ziarnek dostać można w następujących aptekach:

we Lwowie: u pp. Mikolascha, Wewiórskiego, Sklepińskiego i Ruckera;
w Krakowie: u pp. Redyka, Wiszniewskiego i Trauczyńskiego;
w Tarnopolu: u p. Leona Fleischman;
we Wiedniu: Engelapotheke am Hof; — zum schwarzen Bären, am Lugeck; — Moll's Apotheke, zum Storch; — zum heiligen Leopold, Plankengasse; — zum goldenen Reichsapfel, Singerstrasse, 15; — Apteka, Operngasse, 10; — Alte k. k. Feldapotheke am Stephansplatz; — zum rothen Krebs, Hohermarkt; — Mohrenapotheke, Tuchlauben, 9;
w Buda-Peszcie: u p. Józefa von Török;
w Pradze: u pp. Fürst i W. Adam;
w Bernie: u p. Lusara;
w Gracu: u pp. Antoniego Redweda i Purgleitnera. 15—5—5

CHORZY NA PŁUCA

znajdą umieszczenie w każdym czasie (zimą i latem) w moim zakładzie w **Görbersdorf** urządzonym specyjalnie dla płucowo-chorych. Lekarz Polak funkcyjonuje stale w zakładzie przez rok cały. Prospekta gratis i franko. 64—5—4

Dr. Brehmer.

Odszczególnioną medalem rządowym.

KROWIANKĘ

Wystawa krajowa, Kraków 1887.

pewną i czystą poleconą przez Kom. przem. Tow. lek. krak. rozsyła concess. ***Zakład Krowiankowy w Lisku*** po cenie **60** cnt. za fiolę szklanną lub kauczukową, wystarczającą do zaszczepienia 3 dzieci 73—20—4

Skład w aptekach: Wgo K. Wiszniewskiego i Wgo L. Rosnera w Krakowie; Wgo J. Baisera i Wgo Sklepińskiego we Lwowie i Wgo Lepiankiewicza w Przemyślu.

Większe obstalunki znacznie taniej uprasza się kilka dni naprzód zamówić. ***Józef Freysinger***

lekarz miejski.

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN

Z WIEDNIA

jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 61—8—4

PIERWSZA DROGUERYA

Jakóba Wiśniewskiego, magistra farmacyi

w Krakowie, ulica Stradom

poleca

po cenach fabrycznych.

Wszelkie towary apteczne, środki uniwersalne, bandaże, aparaty, instrumenta, opatrunki chirurgiczne, oraz skład wód mineralnych. — Wszelkie zamówienia uskuteczniają się odwrotną pocztą. — Próbki i ceny na żądanie bezpłatnie i fco. 34—40—10

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości Wielmożnych PP. lekarzy i przyrodników, że najnowsze moje katalogi:

Nr. XIII w języku niemieckim
Nr. XIV w języku włoskim
Nr. XV w języku francuskim i angielskim

MIKROSKOPÓW

Mikrotomów, Haemometru podług prof. Fleischla, jakoteż nowych apochromotycznych soczewek tylko co wyszły z druku i na żądanie będą wysyłane franco i bezpłatnie.

23—12—4 **C. Reichert**

fabrykant mikroskopów, Wiedeń VIII Bennogasse 26.

Iszy KONCESYJONOWANY

ZAKŁAD KROWIANKOWY

polecony przez krak. Towarzystwo lekarskie a pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

Weterynarza miejskiego i docenta Weterynaryi rozsełą zawsze

ŚWIEŻĄ i PEWNĄ KROWIANKĘ

zbieraną pięć razy w tygodniu.

Cena fioli na 8—10 pustułek 1 Zlr.

W większych ilościach stosowny opust.

Lwów. — Ulica Batorego 7. 88—10—1

Skład we Lwowie w aptekach pp. Mikolascha, Pipesa, Kochanowskiego i Wiewiórskiego; w Krakowie w aptece p. Redyka, Siedleckiego i Stokmara.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 8 Czerwca 1889. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali
proff. Korczyński i Jaworski.

I.

Spostrzeżenia kliniczne kilku autorów: Rothschilda[1]), Veldena[2]), Cahna i Mehringa[3]), Korczyńskiego i Jaworskiego[4]), Rigla[5]), Vogla[6]) i Ewalda[7]), wykazały, że wydzielanie kw. żołądkowego w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka jest więcéj nasilone, niż w stanie prawidłowym. Podczas gdy wszyscy inni autorowie badając żołądek tylko podczas trawienia utrzymują, że w przypadkach wrzodu okrągłego zachodzi tylko nadmierna kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*), to my badając żołądek w różnych porach dnia znaleźliśmy w przypadkach wrzodu okrągłego w żołądku zupełnie czczym znaczniejszą ilość soku żołądkowego o wysokiéj kwasocie, czyli zwiększone trwałe wydzielanie tegoż (sokotok Reichmana). A takich przypadków ogłosiliśmy[4]) w roku 1886 dwadzieścia cztery. Obserwując odtąd ściśléj tego rodzaju chorych znaleźliśmy jeszcze inne zboczenia tak czynnościowe, jakoteż anatomiczne, o których dotąd tylko nawiasowo częściowa wzmianka*) uczyniona została.

Już we wymienionéj naszéj rozprawie z r. 1886 przytoczyliśmy przypadki wrzodu okrągłego, w których kwasota pochodząca od kw. solnego w charakterystyczny sposób się zmieniała; a mianowicie, że pomimo zabiegów leczniczych jak przepłukiwań, stosowania alkaliów, przestrzegania dyjety itd., kwasota treści żołądkowéj z biegiem czasu się wzmagała, zaczem szło pogorszenie objawów podmiotowych i przedmiotowych. W przypadku wrzodu opisanym tam w ustępie I. (J. D. l. 64) wynosiła kwasota miazgi pokarmowéj, pochodząca od kwasu solnego 40 i 50, po 11 miesiącach zaś 70, poczem na trzeci dzień po badaniu nastąpił krwotok żołądkowy, a treść krwawa wykazywała kwasotę 70 i wolny kw. solny. Chory ten wyzdrowiał z tego krwotoku, przyszedł nawet do pierwotnego dobrego odżywienia i ciężaru ciała, ale ostatecznie po roku wskutek ponownego kilka dni trwającego krwotoku umarł. Podobny stosunek wykazuje także przypadek II. tamże opisany. Jednak najwięcéj charakterystycznym pod względem zachowania się kwasoty soku żołądkowego w przebiegu wrzodu przedstawia się przypadek przez dłuższy czas w klinice lekarskiéj obserwowany, który nam pozwolił wglądnąć także w sprawę anatomiczną zboczenia czynnościowego, dotąd jeszcze przez nikogo dokładnie nie badaną.

Przypadek I. Przebieg wrzodu obserwowany przez $2\frac{1}{2}$ roku. Sekcyja: (Nr. Dzien. klin. 56 z r. 1885).

T. Ł. lat 57, przebył w 23 roku życia żółtaczkę, potem zimnicę przez 3 lata trwającą. W 35 roku życia przez trzy miesiące chorował na biegunkę. Po ustąpieniu téjże czuł się stale zdrowym i dopiero od kilku miesięcy doznawał po zjedzeniu niektórych pokarmów odbijań, a przed dwoma tygodniami po obfitym obiedzie uczuł wieczorem silny ból, któremu towarzyszyły wymioty całą noc się powtarzające, a zawierające tylko miazgę pokarmową. Na drugi i trzeci dzień wymioty się powtórzyły, a wymiociny były barwy ciemnéj, poczem wymioty ustąpiły, lecz znaczne bóle w żołądku się utrzymują. Stolec od kilku dni zaparty. Chorego przyjęto do kliniki lekarskiéj 26 listopada 1885, gdzie pozostawał do 4 grudnia 1885. Badanie kliniczne wykazuje osobę dobrze zbudowaną, dość dobrze odżywioną z językiem miernie obłożonym i oprócz trwale utrzymującego się pluskania w okolicy żołądka, która przy ugniataniu nie okazuje się wcale bolesną, żadnych zmian przedmiotowych wykazać nie można. Ciężar ciała $53\frac{1}{2}$ kg. Pierwszorazowe badanie żołądka czczego wykazuje ciecz bezbarwną bez resztek pokarmów o kw. 32 z wybitnem oddziaływaniem na HCl., trawiącą białko w godzinę, nie zawierającą kw. organicznych; pod mikroskopem wielokątne komórki ziarniste, komórki wałeczkowe przybłonka, resztek pokarmów brak. W ciągu pobytu w klinice pojawiły się raz wymioty cieczą cisawo-zabarwioną o przesączu bezbarwnym, kw. 35·0, o wyraźnem oddziaływaniu na HCl (przy badaniu barwikiem anilinowym fiołkowym), sztuczne trawienie postępuje szybko, oddziaływanie na peptony bardzo wybitne.

*) Zarys patologii i terapii chorób żołądka. Napisał Dr. W. Jaworski. Warszawa, 1889, p. str. 9.

Mocz przedstawiał ciężar gat. 1·014—1·035, oddziaływanie kwaśne, chlorki prawidłowe, tylko raz w dzień wymiotów okazały się chlorki zmniejszone przy ciężarze gatunkowym moczu 1·035. Chory opuścił klinikę bez przypadłości żołądkowych. W domu używał za kilkoma nawrotami wody karlsbadzkiéj, miał się zupełnie dobrze, jadał wszystkie pokarmy bez dolegliwości, tak, iż odżywienie jego było znakomite. Dopiero z końcem lutego 1888 pojawiła się bezsenność, a nadto nudności, odbijania, i bóle w okolicy żołądka, a stolec stał się nieregularnym. Z początkiem marca pojawiły się oprócz bólów wymioty cieczą ciągnącą się i kwaśną.

Chorego przyjęto powtórnie do kliniki lekarskiéj dnia 7-go marca 1888 roku. Badanie wykazuje dobre odżywienie, skórę prawidłowo zabarwioną, podściółkę tłuszczową dobrze rozwiniętą. W narządzie trawienia zboczeń żadnych wykazać nie można, jak tylko bolesność dotykową w dołku podsercowym i pluskanie w żołądku o każdéj porze dnia. Ciężar ciała 59½ kg. Z obserwacyi chorego podczas powtórnego pobytu w klinice wyjmujemy następujące ważniejsze szczegóły.

a) Objawy ze strony żołądka.

Dnia 8 marca wydobyto naczczo 80 cm.³ treści żołądkowéj bezwarwnéj, opalizującéj, ze strzępami tylko białemi bez śladów pokarmów. Kwasota jéj 21, oddziaływanie na kw. solny (badając papierkami kongowemi, tropeolinowemi, rozczynem fluoroglucynowo-wanilinowym) bardzo wyraźne, kwasu mlekowego zupełny brak. W nocy tego samego dnia pojawiły się wymioty wodniste o kwasocie 30 z oddziaływaniem wyraźnem na kw. solny i peptony, kw. mlekowego w nich brak.

Dn. 9 marca zwymiotował chory około pół litra fusowatego płynu, którego przesącz barwy blado-słomkowéj wykazywał kwaśność 42 i silne oddziaływanie na HCl.

Dn. 10 marca pojawiły się pomimo wstrzymania się od pokarmów dwa razy fusowate wymioty w ilości po pół litra o kw. 56 i 60.

Dn. 11 marca pojawiły się jeszcze fusowate wymioty o kwasocie niższéj, bo 40, i odtąd ustały na dni sześć.

Dopiero dn. 17 marca zwymiotował chory bez widocznéj przyczyny przeszło jeden litr smołowo-czarnéj masy, któréj przesącz okazywał kwasotę 75 i wszystkie oddziaływania na HCl.

Stosowano w czasie powyższych przypadów czopki z ergotyną i makowcem, krople kokainowe, magisterium bismuthi c. belladonna i żywiono chorego za pomocą lewatyw odżywczych. Wymioty krwawe ustąpiły. Chory uczuwając ciągłe pragnienie i głód począł od 29/3 jadać jaja na miękko, a w kilka dni późniéj befsztyk, nie doznając początkowo żadnych dolegliwości.

Dopiero 11 kwietnia, gdy chory robił przygotowania do opuszczenia zakładu klinicznego, dostał nagle wymiotów, wyrzucając w trzech nawrotach miazgę pokarmową płynną, żółtawą bez śladów krwi o kw. 70 i bardzo wyraźnem oddziaływaniu na HCl.

Dn. 12 kwietnia zwymiotował chory około 1½ litra gąszczu fusowatego, którego przesącz wykazywał kwasotę 90 pochodzącą od HCl.

Dn. 13 kwietnia pojawiły się znów w dwóch nawrotach takie same wymioty fusowate, również o kw. 90, pochodzącéj od HCl., przyczem chory poczuł nagle silny ból w brzuchu, poczem wystąpiła bladość i obniżenie ciepłoty skóry, oddech nieregularny, zapad i śmierć tego samego dnia.

b) Stolce bywały zwykle zaparte, albo prawidłowo ubarwione, albo czarne a mianowicie d. 28 i 29/3.

c) Ilość dzienna moczu wahała się między 500 a 1500 cm.³. W czasie obfitych wymiotów, jak 12/3, była ilość najmniejsza, zaś 28/3 największa. Ciężar gatunkowy zwiększał się w miarę zmniejszania się ilości moczu i wynosił od 1·014—1·035. Oddziaływanie moczu było do 27 marca kwaśne, od tego dnia aż do końca obojętne lub alkaliczne.

d) Ciężar ciała wynoszący dn. 9 marca 59½ kg. spadł do 10 kwietnia na 54 kg. Ciepłota ciała była stale prawidłowa.

Badanie pośmiertne wykonane w zakładzie patologicznym prof. Browicza przez Dra Krokiewicza wykazało:

Żołądek w części podstawowéj rozszerzony, połączony ścisłemi zrostami łączno-tkankowemi z dolną powierzchnią wątroby i trzustki, zawiera mierną ilość treści fusowatéj, zmieszanéj z wydzieliną śluzową. Na tylnéj ścianie w odległości jednego centymetra od odźwiernika otwór wielkości centa, kształtu okrągławego, lejkowato drążący w głąb, ściśle za pomocą zbitéj tkanki łącznej stanowiącéj dno, połączony z głową trzustki, podminowujący ściany żołądka i dwunastnicy. W odległości czterech centymetrów, ponad otworem w części odźwiernikowéj, dwie blizny, jedna podłużna, okrągława, zawierająca ślad rozłożonego barwika krwi. Rozrost tkanki łącznéj w okolicy otworu i blizna zajmują tkankę podśluzową, mięsną i powłokę otrzewnową. Część odźwiernikowa węższa, a powyżéj otworu i blizn, tkanka mięsna okrężna przerosła, luźnie połączona z warstwą podśluzową. Błona śluzowa żołądka szarawo-łupkowo zabarwiona, rozpulchniona, na szczytach nielicznych fałd nastrzyknięta, w dnie i w części odźwiernikowéj okazuje nieliczne rozsiane płaskie wyniosłości. Błona śluzowa dwunastnicy zasiana drobnemi wynaczynieniami, pulchna, pokryta obfitą wydzieliną śluzową, zmięszaną z żółcią. Jama brzuszna zawiera około trzech litrów cieczy mętnéj fusowatéj. Na torebce wątrobowéj i pętlicach jelit cienki pokład wysięku włóknikowego. Otrzewna ścienna, szczególniéj w górnéj części, mętnawa, pozbawiona połysku. Błona śluzowa dolnéj części przewodu pokarmowego nie okazuje zmian. Kiszki wypełnione znaczną ilością zbitego kału. Gruczoł krokowy przerosły, tkanka łączna okołonerkowa opatrzona znaczniejszą ilością tłuszczu. Nerki, moczowody i pęcherz nie okazują zmian patologicznych.

Rozpoznanie anatomiczne: *Ulcus rotundum ventriculi perforans ad partem posteriorem regionis pyloricae circumstriptum, subs. peritonitide septica; cicatrices pylori, gastrectasia et hypertrophia stratus muscularis; catarrhus ventriculi chronicus cum hyperplasia mucosae ventriculi; catarrhus duodeni acutus; concretiones ventriculi cum hepate et pancreate.*

Badanie mikroskopowe podamy poniżéj.

Drugi przypadek dotyczy wrzodu obserwowanego przez 3½ roku u chorego z prądkami gruźlicznemi w plwocinach:

Szymon Zw., handlarz z Buczacza, (Nr. *Dz. klin.* 134 z r. 1889) l. 26, żonaty, podaje, że przed dwoma laty pojawiły się przypadłości gastryczne, polegające na uczuciu gniecenia, a niekiedy nawet bólów w dołku podsercowym, przyczem pragnienie się wzmagało, a łaknienie stało się zmienne, raz zmniejszone, drugi raz zwiększone; stolec zaparty. Przytem chory czuje się osłabiony tak, że gdy dawniéj mógł z łatwością dźwigać worki z mąką, obecnie chodzenie go męczy. Równocześnie miał ciężar ciała znacznie opaść. Chory przyjęty do kliniki lekarskiéj dnia 19 grudnia 1885 r., przedstawia wejrzenie powłok blade, podściółkę tłuszczową w małéj ilości jeszcze utrzymaną, ciężar ciała 48 klg. Bolesność dotykowa w okolicy żołądka nieznaczna, natomiast uskarża się chory na dobrowolnie po jedzeniu często występujące bóle. Mocz prawidłowy. Przy badaniu żołądka czczego wydobyto 50 m³ cieczy zielonkowato żółtéj, śluzowéj, o kw. 40, bardzo wyraźnem oddziaływaniu na HCl, a słabym na peptony, siła trawiąca znaczna, brak kw. mlekowego, jako też innych składników. Następnego dnia wydobyto po wlaniu 100 cm³ aq. d. do żołądka czczego 120 cm³ cieczy cytrynowo-żółtéj o kw. 9·6 i wyraźnem oddziaływaniu na HCl. Pod mikroskopem: jądra ciałek wypocinowych, ciałka śluzowe i ślimacznice*) już dawniéj w naszéj klinice dostrzegane.[8]) Przy dalszéj obserwacyi chorego okazało się, że przypadłości gastryczne się nie zmniejszały, siła i ciężar ciała się nie wzmagały, a w styczniu 1886 spostrzeżono w obydwu szczytach płucnych przytłumienie i nieliczne rzężenia drobnobańkowe mokre. Badanie plwocin wykazało obecność prątków gruźliczych. Dnia 23/1 1886 opuścił chory zakład z rokowaniem złem.

D. 8 listopada 1886 r. przedstawił się chory powtórnie, opowiadając, że po opuszczeniu kliniki jeszcze więcéj opadał na siłach i ciężarze, a „opuszczony przez lekarzy,“ przepędził lato przeważnie w pobliskim lesie i żywił się nadzwyczaj forsownie: mlekiem, jajami, mięsem i winem, wskutek czego począł do sił przychodzić, a ciężar ciała się podnosić. Chory przedstawił się nam w powyższym dniu do niepoznania dobrze odżywionym i czerstwo wyglądającym, ciężar ciała podniósł się o 32 klg.,

* Prof. Browicz uproszony do zbadania tych mikroskopowych postaci, uważa je za tożsame z ciałkami myelinowemi (*Myelintröpfchen*), jakie w tkance nerwowéj, np. rdzeniu, się napotyka.

gdyż wynosił 80 klgrm.: poprzednich objawów przysłuchowych w płucach nie można wyśledzić, a z poprzednich objawów wypukowych pozostała tylko ledwie dostrzegalna zmiana po nad obojczykiem prawym. W żołądku czuje jednak chory jeszcze pewnego rodzaju gniecenie po spożyciu pokarmów. Przy badaniu wewnętrznem zdołano rano na czczo wyciągnąć 30 cm³ cieczy żołądkowéj mętnéj, białawéj, a przesącz jéj opalizujący wykazuje kwasotę 50, bardzo silne oddziaływanie na HCl i peptony, trawienie sztuczne w sześciu godzinach ukończone, brak kwasu mlekowego, jako też innych składników. Pod mikroskopem nie ma resztek pokarmów i ślimacznic, tylko jądra ciałek wypocinowych, gdzieniegdzie jądra ciałek śluzowych. Po wlaniu zaś 100 aq. d. do żołądka czczego w dniu następnym, otrzymano 105 cm³ cieczy bezbarwnéj o kw. 6·0. Chory odszedł do domu.

Dopiero d. 1 marca 1889 zjawia się pacyjent znów w zakładzie klinicznym i podaje, że od pół roku stan jego zdrowia się pogorszył, począł doznawać pieczenia w żołądku i w gardle, smaku kwaśnego w ustach, pobudzania do wymiotów, silnego pragnienia i bardzo zmiennego łaknienia. Z powodu tych przypadłości wywołuje sobie pacyjent sam wymioty przez podrażnienie połyku palcami. Przed sześciu miesiącami były obfite wymioty czarne smołowe, a takie same pojawiły się przed czterema miesiącami i od tego czasu począł chudnąć i opadać na ciężarze. Chory badany w klinice okazuje odżywienie dobre, tkankę tłuszczową utrzymaną, ciężar ciała $60^1/_2$ klg. Odgłos wypukowy w obydwu szczytach stłumiony bębenkowy. W szczycie lewym wdech słaby, nieoznaczony, wydech słabo słyszalny. W szczycie prawym wdech szorstko pęcherzykowy, wydech zbliżony do oskrzelowego. Rzężeń żadnych nie ma. Wynik badania na prątki gruźlicze ujemny.

W ciągu tygodniowego pobytu chorego w zakładzie klinicznym zauważono następujące ważniejsze szczegóły:

D. 2/3 naczczo wyciągnięta ciecz żołądkowa szarawa w ilości 230 cm³, zawiera resztki pokarmów opadające na dno, a przedstawiające się pod mikroskopem jako tłuszcz i skrobia; przesącz o kw. 65 daje wszystkiemi odczynnikami oddziaływanie na HCl, jako też na peptony, brak oddziaływania na kw. mlekowy odczynnikiem Uffelmanna. Mocz w ilości 900 cm³ c. g. 1·035, oddziaływania alkalicznego, słaby tylko ślad chlorków.

D. 3/3 wyciągnięto na czczo taką samą ciecz ze żołądka o kw. 100 i o tych samych składnikach co i dnia poprzedniego. Mocz c. g. 1·039 oddziaływania alkalicznego, osad z fosforanów, zaledwie ślad chlorków.

D. 4/3. Wymiociny, które chory sam sobie z powodu dolegliwości żołądka dwukrotnie sprowadził, przedstawiają się jako ciecz biaława w ilościach 1 i $1^1/_2$ litra o kw. 79 i 82 i składu chemicznego, jak treść żołądkowa dni poprzednich. Mocz o ciężarze g. 1·036, alkaliczny, chlorków wcale nie zawiera.

D. 5/3. Wymiociny przez samego chorego wywołane przedstawiają kwasotę 85 i ten sam skład chemiczny.

D. 6/3. Aspirowano na czczo około pół litra cieczy brudno-zielonkowato-żółtéj z resztkami pokarmów o kwasocie 100, pochodzącéj tylko od HCl. Moczu 700 cm³ c. g. 1·037; zaledwie ślad oddziaływania kwaśnego, chlorków niema. Ciepłota ciała była przez te dni prawidłową.

D. 7/3. Chory opuszcza zakład w stanie pogorszenia.

Z przypadków przez nas już ogłoszonych (l. c.), jako też z powyżéj przytoczonych, jak również z trzech niżéj mających się opisać, okazuje się:

1. Że w przypadkach, w których istniały jakiekolwiek objawy wrzodu, napotykaliśmy wydzielanie kw. solnego zawsze utrzymane.

2. Że istnieje bardzo wiele przypadków wrzodu, w których to wydzielanie co do jakości i ilości kwasu żołądkowego jest zwiększone (*hyperchlorhydria, hyperaciditas secretoria*).

3. Że nasilenie nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego się zwiększa, równocześnie ze zwiększeniem się przypadłości podmiotowych i przedmiotowych; największe nasilenie bywa w czasie krwotoków żołądkowych. Tak jakościowe jako też ilościowe podwyższenie się wydzielania soku żołądkowego nie zawsze wymaga długiego czasu, w pewnych przypadkach może to nastąpić już w przeciągu kilku dni.

4. Że to zwiększone wydzielanie soku żołądkowego jest trwałe, niezależne zupełnie od wprowadzonych pokarmów i odbywa się także w żołądku czczym (*hypersecretio continua chronica*).

5. Że mocz w miarę zwiększania się wydzielania soku żołądkowego staje się skąpszym, o wyższym ciężarze gatunkowym, mniéj kwaśnym, a nawet alkalicznym, z chlorkami zmniejszonemi, lub zupełnie ustępującemi. O tych wielce zajmujących szczegółach będzie jeszcze mowa przy końcu niniejszéj rozprawy. Na tem miejscu nadmienić tylko musimy, że pojawienie się moczu alkalicznego, a jeszcze więcéj zniknięcie chlorków w przebiegu wrzodu okrągłego, należy uważać jako objaw dla rokowania niepomyślny.

Ponieważ, jak wiadomo, znaczna część chorych na wrzód okrągły, nawet po wielkich krwotokach przychodzi do zdrowia, zachodzi pytanie, w jaki sposób zachowuje się zwiększone wydzielanie soku żołądkowego po ustąpieniu przypadłości wrzodu. W tym kierunku mamy w naszéj obserwacyi od $3^1/_2$ roku bardzo pouczający przypadek wrzodu okrągłego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z zakładu anatomii patologicznéj w Krakowie.

Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania.

(z 4-ma rysunkami litografowanemi).

Opisał

Dr. Antoni Mars,

Docent położnictwa Uniw. Jag.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Jak nam wiadomo z wywiadów, osoba do któréj miednica należała, zmarła licząc lat 50, a złamanie powstało u niéj w 37 roku jéj życia. Z téj okoliczności, jako też wnosząc i ze stanu kości krzyżowéj i lewéj kości bezimiennéj, przypuścić należy, że miednica ta przed złamaniem musiała być dobrze wykształconą. Uraz, który złamanie téj miednicy wywołał, był bardzo silny i działać musiał od strony prawéj i od przodu. Przypuszczenie to czynimy dlatego, ponieważ z obecnego zachowania się okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, a mianowicie ze zwężenia skrzydeł dwu górnych kręgów krzyżowych i skrócenia linii bezimiennéj po stronie prawéj, domyślać się możemy, że okolica wewnętrznego brzegu stawu krzyżowobiodrowego została podczas złamania zmiażdżoną. Skutkiem tego powstała pewna utrata szerokości skrzydła kości krzyżowéj i szerokości biodrowéj, a nadto wyż opisana kostnina do jamy miednicy lekko wsterczająca, na któréj śladów stawu nie widzimy. Przypuszczenie to wydawać się może śmiałem, nieumiemy sobie jednak inaczéj wytłomaczyć stanu obecnego zatoki krzyżowo biodrowéj prawéj. Naturalnem daléj jest, że w téj saméj chwili, gdy powstało złamanie kości biodrowych, powstały i inne złamania na miednicy spostrzegane; jak niemniéj zaprzeczyć się nieda, że uraz sam musiał w pierwszéj chwili sprowadzić zmiany w ułożeniu odłamków kostnych. Skutkiem urazu powstać mogło przesunięcie odłamka przedniego kości biodrowéj ku tyłowi, wciśnięcie odłamka kości łonowéj prawéj do jamy miednicy i kątowate załamanie kości łonowéj lewéj. Trudno nam sobie jednak wytłomaczyć przesunięcie kości biodrowéj ku górze. Przesunięcie to byłoby możebne, gdyby uraz działał od dołu. Od dołu zaś mógłby mieć miejsce tylko wtenczas, gdyby działał wzdłuż nogi prawéj, czyli, gdyby złamanie powstało skutkiem spadnięcia ze znacznéj wysokości na nogę prawą wyprostowaną. Powstanie takie złamania wydaje nam się nieprawdopodobnem, z uwagi, że musiałaby była noga na tem ucierpieć, że musielibyśmy mieć gdzieindziéj jeszcze zła-

mania na innych kościach, że złamanie miednicy dotyczyłoby raczéj okolicy panewkowéj lub wreszcie, że byłaby raczéj główka kości udowéj wpędzona do jamy miednicy małéj, jak to autorowie opisują, czego tu nie widzimy. Gdybyśmy wreszcie taki sposób powstania złamania i przesunięcia odłamków przypuścili, w takim razie niemożnaby znów wyjaśnić zmian ułożenia odłamków kości łonowych.

Ułożenie odłamków nadaje naszéj miednicy wejrzenie miednicy skośnie ścieśnionéj, niemogło ono jednak powstać w sposób, w jaki powstają zmiany w przypadkach miednic skośnie ścieśnionych skutkiem zrośnięcia stawu krzyżowo-biodrowego, utraty kończyny dolnéj, zwichnięcia téjże i t. d. W takim bowiem razie musiałyby zmiany powstać w czasie, gdy ta osoba już chodziła, co jest nieprawdopodobnem z dwóch względów:

1 sze w chwili, gdy pacyjentka poczęła już chodzić, upłynęło od chwili złamania dwa miesiące, który to czas, u osoby w sile wieku, bo 37-mioletniéj, wystarcza zupełnie do wytworzenia się stałéj kostniny.

2-gie że gdyby nawet po dwóch miesiącach te zmiany mogły były powstać, musiałaby była osoba ta do podpory używać nogi prawéj, gdyż tylko w razie, gdyby ciężar ciała spoczywał często na nodze prawéj, mogłoby się podobne skośne ściśnienie miednicy wytworzyć. Okoliczności téj drugiéj nie można przypuścić ze względu, że osoba ta aczkolwiek ze złamania wyleczona, kończyną prawą musiała gorzéj władać, że musiała istnieć pewna bolesność w prawéj połowie miednicy, skutkiem któréj raczéj więcéj używała kończyny dolnéj lewéj, aniżeli prawéj. Ciężar ciała u niéj spoczywał częściéj na kończynie lewéj, aniżeli na prawéj, a w takim razie gdyby powstawało zniekształcenie miednicy, musiałby się wzgórek kości krzyżowéj przybliżać do strony lewéj, a nie do prawéj, jak to ma tutaj miejsce. Że ostatnie przypuszczenie jest słuszne, domyślać się można z nieznacznego łukowatego wygięcia kości krzyżowéj wypukłością ku stronie prawéj, które musiało powstać skutkiem wygięcia kręgosłupa w górze ku stronie lewéj, a to ostatnie musiało mieć miejsce, jeżeli osoba ta chodząc przechylała miednicę na stronę lewą, a ciężar całego ciała spoczywał na nodze lewéj. Chodzenie przez lat 13-cie mogłoby zatem wywierać wpływ na miednicę wprost przeciwny temu, jaki wywołał jéj zniekształcenie, czyli chodzenie powinnoby było do pewnego stopnia stopnia wyrównać te zmiany, jakie na miednicy widzimy.

Gdzieindziéj zatem trzeba szukać przyczyny zniekształcenia téj miednicy a mianowicie należy szukać we wpływie mięśni na odłamki kostne przez cały czas gojenia się, gdy chora w łóżku leżała. Na wpływ ten mięśni, na następowe ukształtowanie miednicy zwrócił pierwszy uwagę Gusserow (*Archiv f. Gynaek. Bnd.* XI, s. 276.)

Ułożenie odłamków zdaje nam się wymownie świadczyć o tem, a przynajmniéj wszelkie spostrzegane zmiany dają się bardzo dobrze tą drogą wytłomaczyć. I tak: zaprzeczyć się nieda, że w pierwszych czasach po złamaniu okolica prawa miednicy była bolesna, że wszelkie ruchy ciała całego, miednicy i kończyny prawéj musiały być bolesne. Aby téj bolesności uniknąć, musiała chora starać się zająć po złamaniu takie ułożenie w łóżku, aby o ile możności wyłączyć działanie mięśni przyczepiających się do miednicy. Wszystkich mięśni jednak wyłączyć niepodobna, albowiem niektóre mają działanie sobie wprost przeciwne, działanie zatem pewnych mięśni pozostać musiało i to właśnie wpływało na zmianę położenia odłamków. Że tak jest rzeczywiście, postaramy się wykazać. Mięśnie przyczepiające się do miednicy, należą albo do grupy mięśni brzusznych, albo też do drugiéj grupy mięśni uczepiających się na kończynie dolnéj. Co do pierwszéj grupy to mięśnie jéj zawsze działać musiały, jeżeli powłoki brzuszne były napięte. Gdyby nawet i powłoki brzuszne nie były napięte, to podczas każdego działania tłoczni brzusznéj, podczas oddawania moczu i stolca, przy chrząknięciu, kaszlnięciu, musiały się mięśnie brzuszne kurczyć, nie mówiąc już o usiłowaniach siadania, które chora niezaprzeczenie robić mogła w czasie, gdy kostnina była jeszcze miękką. Działanie mięśni brzusznych musiało koniecznie wywoływać pociągnięcie odłamków ku górze, co też na naszéj miednicy bardzo wyraźnie się zaznacza.

Co do drugiéj grupy mięśni to wśród téjże, jak to już wyżéj nadmieniono, jedne działają wprost przeciwnie, aniżeli drugie; podczas gdy jedne skręcają nogę ku wewnątrz i zginają ją w stawie biodrowym, inne zaś wykręcają nogę na zewnątrz lub wykręcają na zewnątrz z równoczesnem zginaniem w stawie biodrowym. Do pierwszych należą mięśnie największe i najsilniejsze jak: *glutaeus magnus*, *gl. medius*, *gl. minimus*, *tensor fasciae latae*, *sartorius*, *rectus cruris gracilis*, *adductor longus*, *add. magnus*, *add. brevis*, *pectineus*, *biceps femoris*, *semimembranosus i semitendinosus*. Do drugich zaś należy: *pyriformis*, *obturator internus*, *obt. externus*, *quadratus femoris*, *psoas major i iliacus internus*. Przedewszystkiem uderza nas okoliczność, że pierwsza grupa nietylko posiada bardzo znaczne i silne mięśnie, ale w porównaniu z drugą posiada ich liczebnie znacznie więcéj. Instynktem wiedziona musiała się chora starać, w pierwszéj linii wyłączyć grupę pierwszą. Wykluczenie to było bardzo łatwem, jeżeli chora leżała na łóżku spokojnie z nogą wyprostowaną i na zewnątrz skręconą. Jeżeli chora istotnie tak nogę trzymała, to mogły tylko działać mięśnie grupy drugiéj, do któréj zaliczyliśmy mięśnie: *pyroformis*, *obturator internus*, *obt. externus*, *quadratus femoris*, *iliacus internus i psoas major*, który się do miednicy nie przyczepia, tylko ma z ostatnim wspólne ścięgno. Jeżeli się jednak nad tą grupą mięśni bliżéj zastanowimy, to przedewszystkiem musimy wykluczyć działanie mięśni *psoas major i iliacus internus*, te bowiem skręcają nogę dopiero na zewnątrz wtenczas, gdy ją równocześnie zginają w stawie biodrowym, ponieważ jednak przypuszczamy, a nadto i z wywiadów o zachowaniu się choréj wiemy, że leżała z nogami wyprostowanemi, więc z szeregu działającego wykluczyć je stanowczo możemy. Gusserow (l. c.) opisuje podobny przypadek i podobne wysunięcie odłamka kości biodrowej ku górze, przypisuje wpływ mięśniowi: *iliacus internus*, a może *ileopsoas*. Na wpływ ten zgodzić się nie możemy, a to tem mniéj, że gdyby nawet *musculus iliacus* działał, musiałby na odłamki wywierać wpływ wprost przeciwny działaniu mięśni brzusznych i musiałby pociągać je ku dołowi, co zaś do m. *psoas*. to ten zdaje mi się żadnego wpływu niewywierać. Z pozostałych daléj *musculus pyryformis* nie mógł mieć wpływu na odłamki, bo się uczepia do kości krzyżowéj, zatem tylko wpływ mogły wywierać trzy mięśnie, t. j. *musculus obturatorius internus*, *externus i quadratus femoris*. Mięśnie *obturatorius internus et externus* skręcają nogę na zewnątrz, na miednicę zaś, a względnie na okolicę *foraminis obturatorii*, wywierają wpływ wprost sobie przeciwny. Na naszéj miednicy kość łonowa prawa cała i gałąż wstępująca kości siedzeniowéj zostały na dwie blaszki rozszczepione i na tych uwydatnia się najwymowniéj wpływ tych mięśni na miednicę, blaszki te bowiem daleko od siebie odstają, i więcéj jeszcze jest przesunięta blaszka wewnętrzna, którą pociągać mógł mięsień silniejszy *musculus obturatorius internus*. Nadto jeżeli osoba ta leżała na wznak i noga prawa była w danem ułożeniu ustalona, mięśnie oba wspólnie mogły wysuwać odłamek kości biodrowéj ku tyłowi, co się też w niniejszym przypadku stało. Mięsień wreszcie *quadratus femoris* wobec ustalenia odnogi dolnéj pociągał guz siedzeniowy ku przodowi, zaczem iść musiało przesunięcie kości biodrowéj od przodu ku górze, a od tyłu ku tyłowi, co jest zupełnie naturalnem następstwem działania tego mięśnia, jeżeli uwzględnimy równoczesny wpływ poprzednich mięśni Daléj należy nam wytłomaczyć skręcenie około osi podłużnéj kości krzyżowéj, które powstać mogło tylko skutkiem tego, że w pierścieniu kostnym wszystkie kości miednicę tworzące są za pomocą więzów dośrodkowo ściągnięte i że posiadają dążność odśrodkowego odchylenia. Przekonać się o tem możemy przecinając na miednicy świeżéj spojenie kości łonowych, poczem kości łonowe oddalą się zaraz od siebie. Podobny skutek powstać musiał po złamaniu kości biodrowéj u osoby leżącéj, któréj miednica nie była tułowiem obciążona. W ten sam sposób należy sobie tłomaczyć okoliczność, że na ramieniu poziomem kości łonowéj lewéj odłamki tworzą kąt sterczący ku przodowi, albowiem odłamek

tylny kości bezimiennéj lewéj przodkowym końcem został na zewnątrz odchylony.

Wreszcie pozostaje jeszcze do wytlomaczenia zbliżenie kolca tylnego górnego kości biodrowéj prawéj do wyrostków kolczastych kości krzyżowéj i odchylenie odłamka tylnego téjże kości biodrowéj na zewnątrz; zmiana ta daje się zupełnie wytłomaczyć pociąganiem więzów kolcowo krzyżowych, któremu się odłamek kostny poddać musiał, niepozostając w łączności z dalszym ciągiem kości biodrowéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Sokołow: **Przyczynek do rozwoju układu nerwowego tamującego u noworodków (układ naczyniowy.)**

Wiadomo, że drażniąc u dorosłych zwierząt koniec obwodowy nerwu językowego, otrzymujemy rozszerzenie naczyń w języku. Wiadomo również, że jeżeli przetniemy jeden nerw kulszowy, to otrzymamy rozszerzenie naczyń na odnodze wskutek przecięcia włókien zwężających naczynia, jeżeli zaś poddamy to zwierzę działaniu wyższéj ciepłoty, to zaczerwienienie odnogi zdrowéj będzie większém niż operowanéj, co dowodzi istnienia w tym nerwie i włókien rozszerzających naczynia. Te to doświadczenia z n. językowym, kulszowym i spółczulnym na szyi przerobił autor na zwierzętach nowonarodzonych i w żadnym przypadku nie otrzymał skutków powyżéj opisanych, co dowodzi, że u noworodków nerwy naczynia rozszerzające zupełnie nie są rozwinięte. Nerwy zaś zwężające naczynia, jak wykazały inne doświadczenia, istnieją i u zwierząt młodych. Spostrzeżenie to ma znaczenie ze względu na regulowanie utraty ciepła ustroju, a mianowicie zwierzęta młode muszą być bardzo mało odpornemi względem ciepłoty podwyższonéj. Rzeczywiście już przy 40°—45°C. giną one bardzo szybko. Na podstawie pewnych rozumowań przenosi autor te wyniki i na noworodki ludzkie i jako jeden z dowodów przytacza chorobę spotykaną tylko w wieku dziecięcym i najczęściéj w zimnéj porze roku występującéj. Jest to mianowicie twardzina noworodków, polegająca na zbledznieniu, stwardnieniu i oziębieniu skóry wskutek zwężenia naczyń skórnych. Przyjąwszy poprzednie wyniki, łatwo wytłumaczyć takie zwężenie brakiem nerwów rozszerzających naczynia, któreby mogły przeciwdziałać nerwom zwężającym. (*Wracz*, Nr. 11, 1889). *A. W.*

Dr. Wan-Puteren w rozprawie swojéj p. t. „Materyjały do kwestyi trawienia żołądkowego u dzieci w pierwszych dwóch miesiącach ich życia" (Petersburg, 1889) sumiennie opracowuje ten prawie dotychczas nieznany przedmiot. Autor wykonał więcéj niż 1000 doświadczeń z przepłukiwaniem żełądka u dzieci, nie spostrzegał jednak nigdy szkodliwych skutków, wynikających z tego zabiegu. Pojemność fizyjologiczną żołądka oznaczał on, ważąc dzieci przed i po doświadczeniu (10.000 doświadczeń), przyczem okazało się, że w drugiéj połowie 1-go miesiąca przyjmują dzieci pokarmu naraz 60—80 grm., rzadko mniéj niż 50 i więcéj niż 90. Pokarm pozostaje w żołądku w ciągu $2^1/_2$ godziny po jego przyjęciu. Kwasota treści żołądkowéj u dzieci jest mniejszą od tejże u dorosłych $2^1/_2$—3 razy, wzrasta ona po przyjęciu pokarmów dosyć równomiernie i dosięga *maximum* w $1^1/_2$ godziny od początku karmienia. Zależy ta kwasota w warunkach prawidłowych wyłącznie od wolnego kwasu solnego. Doświadczenia nad znaczeniem przeciwfermentacyjnem żołądka wykazały, że mikroorganizmy, dostające się do niego z pokarmami, zupełnie nie ulegają zniszczeniu i tem możnaby wytłomaczyć częste choroby przewodu pokarmowego u dzieci szczególnie w gorącéj porze roku. Fermentu podpuszczkowego nie można było wykazać w treści żołądkowéj aż do 2 go miesiąca życia. (*Wracz*. 1889, Nr. 12). *A. W.*

Patologija.

Wieriużski: **O badaniach krwi w gnilcu.**

Autor zbadał zachowanie się krwi w gnilcu, uwzględniając przytem ilość hemoglobiny, ilość ciałek czerwonych i białych, zmiany w postaci i wielkości ciałek czerwonych, oraz obecność ciałek białych, zawierających rozmaite ziarnistości, przez Ehrlicha wykryte, i zachowanie się płytek Bizzozery. Autor poszukiwał również i mikroorganizmów we krwi, ale téj części swéj pracy nie ogłasza, uważa ją bowiem za niewykończoną. Wyniki, do których doszedł, są następujące: krew chorych na gnilec przedstawia zawsze pewne zmiany; zmiany te jednakże są bardzo różne zależnie od ciężkości przypadku, od okresu, w jakim się choroba znajduje, wreszcie od indywidualności chorego. Można było przyjść do pewnych ogólniejszych wniosków dopiero po rozdzieleniu całego przebiegu choroby na 2 okresy: okres rozwoju i okres ustępowania. W pierwszym okresie zmiany, występujące we krwi, odpowiadają zmianom w niedokrewności złośliwéj, w drugim zaś w błednicy. W szczególe zmiany te są następujące: co do wielkości ciałek czerw., to w szkorbucie występuje znaczna ilość ciałek albo większych albo też mniejszych niż zwyczajne (7,7 gr.) i ilość ich dochodzi do 40—50%. Jest to t. zw. mikrocytemija. W pierwszym okresie występują przeważnie makrocyty, w drugim zaś odwrotnie mikrocyty. Kształt ciał. cz. również się zmienia, powstaje t. zw. pojkilocytoza. Ilość ciał. cz. zmniejsza się w przebiegu choroby i waha się między 26—96% prawidłowéj ilości. Ilość hemoglobiny zmniejsza się także i wynosi 30—80% ilości prawidłowéj. Zmniejszenia te rosną równolegle z rozwojem choroby, przyczem z początku zmniejszenie hemoglobiny i c. cz. idą zupełnie w parze, w najwyższym jéj okresie względna zawartość hemoglobiny przewyższa takową c. cz, podczas zaś ustępowania choroby odwrotnie ilość c. cz. wzrasta znacznie szybcéj niż hemoglobiny. Ilość ciałek białych wahała się między 2447 na 1 sz. mm. a 9434 (prawidłowa 5000—6500). W okresie całkowitego rozwoju choroby ilość ich była zawsze mniejszą od prawidłowéj, a w miarę wyzdrawiania zwiększała się tak, że nawet przewyższała prawidłową. Odnosi się to wreszcie tylko do przypadków czystego gnilca nie połączonego z innemi chorobami. Co do jakości ciałek białych, to we krwi dotkniętego gnilcem znajdowała się znaczna ilość ciałek jednojądrowych, mało zawierających pierwoszcza, gdy tymczasem zupełnie odwrotnie bywa we krwi zdrowéj. Znajdował również autor w dosyć znacznéj ilości ciałka z ziarnistością eozinofilną, które u zdrowego człowieka w bardzo nieznacznéj ilości znajdujemy, prócz tego z ziarnistością bazofilną, których u zdrowego zupełnie nie ma i z neutrofilną, która to ziarnistość prawidlowo występuje tylko w komórkach wielojądrowych, a tutaj znajdowała się chociaż nie często i w jednojądrowych. Ilość płytek Bizzozery była zawsze mniejsza niż w stanie prawidłowym. (*Wracz*, Nr. 5, 6, 7, 9, 11, 12). *A. W.*

Prof. Lebediew i Dr. Andrejew. **Przeszczepianie pęcherzy bąblowca z człowieka królikom. (Doniesienie tymczasowe).**

Nie było dotychczas żadnych doświadczeń, któreby wykazywały, że pęcherze wtórne bąblowca mogą nie tylko żyć, ale i rozmnażać się w ustroju człowieka, tak, że los ich dalszy był zupełnie nieznanym. Autorowie przeszczepiali takie pęcherze wtórne wzięte z trupa kobiety w trzy dni po śmierci trzem królikom do jamy brzusznéj. Po kilku miesiącach zabito króliki i okazało się, że niektóre pęcherze żyły, otoczyły się osłonką, powiększyły się a nawet się rozmnożyły. (*Wracz* Nr. 12, 1889). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Dr. H. Kopt (Maryjenbad): **O nerwicach wywołanych zaparciem stolca nawykowem i ich leczeniu.**

Wiadomo, że najrozmaitsze postacie nerwic stoją w ścisłym związku z przewlekłem zaparciem stolca. Przez dokładnie przeprowadzone wywiady i badanie fizyczne można często wykazać, że zatrzymanie stolca jest wywołane przez różne choroby układu nerwowego, szczególnie mózgu i rdzenia pacierzowego. Odwrotnie ludzie na nawykowe zaparcie stolca cierpiący skarżą się często na pełność i ciężkość w żywocie, nawał krwi do głowy i inne przypady, które sprowadzają hypochondryczny stan nastroju ogólnego, przez co tacy chorzy stają się nieznośnymi dla swego otoczenia. Często trudno jest rozstrzygnąć, czy stan hypochondryczny i nerwowy jest chorobą pierwotną a zaparcie następową, czy odwrotnie. Zdaniem prof. Gussenbauera trzeba w leczeniu licznych nerwic przedewszystkiem starać się o usunięcie zaparcia. Autor uważał u trzech chorych z bólami twarzy zwalniającemi i u dwóch

nerwobólem kulszowym dotkniętych zupełne ustąpienie bólów po dostatecznych codziennych wypróżnieniach w przebiegu kilku tygodni. Nothnagel potwierdza, że czynność kiszek zależy od czynności zwojów jelitowych. Wrodzona słabość mięśni i unerwienia jelit sprowadza przewlekłe zaparcie, które znowu ze swéj strony pociąga za sobą rozmaite zmiany chorobowe i stany nerwowe. Tem się tłómaczy dobry wpływ maryjenbadzkiéj wody na rozmaite stany nerwowe. *(Intern. klin. Rundsch.* 1889, Nr. 13). *Dr. Spira*

Dr. Łunin odczytał na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy chorób dziecięcych w Petersburgu pracę o wpływie rozmaitych sposobów leczenia duru brzusznego u dzieci na ciepłotę i wagę ciała. Autor zbadał 256 chorych, używając do leczenia: 1) kąpieli o ciepłocie 33°; 2) kąpieli z dużemi dawkami chininy; 3) dużych dawek chininy; 4) chininy z antipirynem i 5) rozcieńczonego kwasu solnego. Okazało się, że żaden z tych sposobów nie wywiera szczególnego wpływu na ciepłotę mierzoną 5—10 razy na dobę. Co się zaś tyczy utraty wagi, to najlepsze wyniki otrzymywał autor przy leczeniu obojętnem za pomocą kwasu solnego, a najgorsze przy stosowaniu chininy z antipirynem lub też wanien z chininą. *Wracz,* Nr. 12, 1889). *A. W.*

Chirurgija.

Heath: Leczenie dymienicy przez wyłuszczenie zajętych gruczołów.

H. uważa za wskazany powyższy sposób leczenia w następujących przypadkach: 1) W owrzodzeniach o brzegach podminowanych i przy istnieniu wszystkich objawów rozpadu. 2) W przewlekle zapalnych obrzmieniach, gdy gruczoły znajdują się w rozmaitym okresie przerostu i rozpadu z naciekiem okołogruczołowym, z ropieniem i przetokami. 3) W t. zw. *bubo indolens.* 4) W wszystkich stwardniałych dymienicach z zatokami. 5) W dymienicy czołgającéj się. 6) W obrzmieniach gruczołów w kile pierwszorzędnéj i drugorzędnéj. Zabieg nie ma być ani trudnym, ani niebezpiecznym, wstrzymuje dalszy przebieg choroby i ochrania przed nawrotami. Za pomocą ostréj łyżeczki i trzonka noża usuwa się całą tkankę obumarłą; brzegi podminowane należy usunąć za pomocą nożyczek. Wyłuszczać należy o ile możności jak najwcześniéj, nie zważając, czy można wykazać ropienie, czy nie. Zadawnione przetoki należy rozciąć i przypalić. Wyłuszczenie dymienic kiłowych jest wskazane tylko w pewnych przypadkach i u pewnych tylko osób, mianowicie zołzowych. Po operacyi zaleca H. przypalenie chlorkiem cynku, jodoform, gazę przeciwgnilną, watę sublimatową i trwały opatrunek. Powięź głęboka ochrania wszystkie ważniejsze części. Trzy razy spostrzegana następowa zgorzel moszen jest według H. niesłychanie rzadkiem zdarzeniem, a jako przyczynę przypuszcza raczéj zmianę w odżywianiu (uszkodzenie *n. ileo-inguinalis*), niż przeniesienie się zapalenia. H. przypomina sobie przypadek doszczętnéj operacyi nieodprowadzalnéj przepukliny, w którym nastąpiła zgorzel moszen z zejściem śmiertelnem, rana miała prawidłowe wejrzenie, a przyczyną było według H. zranienie nerwów. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Choroby kobiece.

Doc. Gramatikati: Przyczynek do kwestyi stanu jajników po zupełnem wycięciu macicy.

Autor w jednéj ze swoich poprzednich prac badał tę kwestyję na królikach i przyszedł do przekonania, że jajniki po wycięciu macicy nie ulegają żadnym zmianom, ani anatomicznym, ani też fizyjologicznym. W takich jajnikach tworzą się pęcherzyki Graafa, pękają, powstają ciała żółte etc. Obecnie mógł autor stwierdzić te wyniki na jajnikach kobiety, która umarła z duru brzusznego i u któréj przed 4 laty wycięto całą macicę. Jajniki jéj pod mikroskopem niczem się nie różniły od prawidłowych. Na podstawie tego twierdzi autor, że przy operacyi wycięcia macicy należy równocześnie wycinać i jajniki. (*Wracz.* 1889, Nr. 14).

A. W.

Choroby oczne.

Hirschberg (Berlin): O swoistem zapaleniu rogówki.

H. nie zgadza się na dotychczasowe nazwy *Keratitis profunda, diffusa, interstitialis,* które są nieodpowiednie lub nawet wprost fałszywe; dość często nie ogranicza się zapalenie do saméj tylko rogówki, lecz towarzyszyć mu mogą zmiany wszystkich części oka. Chorobie ulegają nie bardzo małe dzieci, lecz osobniki między 5-tym a 15 tym r. a rzadko po 25 r. Jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu służą wywiady w rodzinie cierpiącego, a względnie przeszłość samego chorego. Najczęściéj poprzedzała, jak to bywa wogóle, kiła w pierwszych miesiącach życia. Z objawów towarzyszących spostrzegł H. względnie rzadko (na 500 przypadków spostrzeganych) kilakowate zniszczenie podniebienia twardego, zapadnięcie nosa, blizny w kątach ust, wielokrotne zapalenie około paznogci i t. d.; już częściéj zauważał uderzającą karłowatość ustroju. Zniekształtnienie zębów Hutchinsona, które według H. napotyka się tylko na zębach trwałych, spostrzegał w 10% przypadków, często zauważał przewlekłą puchlinę stawów i głuchotę. W opisie przebiegu choroby uwydatnia dwie okoliczności dotychczas nieuwzględnione: 1) w tem zapaleniu rogówki prawie zawsze bierze udział tęczówka a dno oka bardzo często (w 16%); przy badaniu wziernikowem znajdował ogniska różowe, białawe lub czarne, przypominające zapalenie siatkówki w kile nabytej jakoteż wrodzonéj; 2) *Keratitis specifica* przebiega zawsze z nowowytwarzaniem się naczyń, które nigdy więcéj nie znikają. H. mógł je wykazać jeszcze w 13 lat po rozpoczęciu się zapalenia, jeżeli rogówka była zupełnie jasną, to zapomocą mocnéj lupy, którą umieszczał za wziernikiem ocznym, tak, że mógł wyzyskiwać obok powiększenia także przeźroczystość środków łamiących; bardzo drobne szarawe obłoczki w rogówce, składające się wyłącznie z nowo wytworzonych naczyń, mają być cechującym objawem kiły dziedzicznéj. Łuszczka jaglicowa różni się od tych naczyń powierzchownem położeniem, obecnością znacznych połączeń i brakiem miotełkowatego rozgałęzienia delikatnych głębokich naczyń; naczynia bielma (leucoma) po wrzodach rogówki ograniczone są ściśle do zaćmionych miejsc rogówki, naczynia zaś po *Keratitis luetica* zachowują się wręcz przeciwnie. Leczenie polega na dłuższem podawaniu rtęci, ewentualnie jodku potasu i jodu z żelazem; niekiedy koniecznem było wycięcie tęczówki, które dobry skutek odniosło. *(D. med. Woch.)* Dr. *Baschkopf.*

Choroby uszne.

Eitelberg (Wiedeń): Przypadek wydalenia znacznéj części lewéj bł. bębenkowéj wskutek silnego urazu w czaszkę.

Ciężka wanna dla ryb uderzyła w głowę 28-letniego człowieka po stronie lewéj. Zaraz wystąpiło krwawienie z lewego ucha, nosa, zawrót i bóle głowy. Przy badaniu błona bębenkowa okazała przedarcie z góry i z tyłu ku przodowi, sięgające aż do górnéj części trzonka młoteczka. Z kątów téj rany krwawiło jeszcze 5 dni w miernym stopniu. Płatek wyższy bł. bębenkowéj 6 mm. długi i 4 mm. szeroki obumarł i szóstego dnia przy sposobności wstrzykiwania został wydalonym. W przebiegu ośmiu tygodni błona zupełnie się odrodziła z pozostałéj małéj wązkiéj resztki pierwotnéj błony. Słuch dla zegarka 12 ctm., dla szeptania 110 ctm. Podczas choroby istniało skąpe wydzielanie surowiczo ropne. (*Ztschrft. f. Ohrenheilk.* Bd. XIX. 2). Dr. *R. Spira.*

Prof. Bezold: Wyniki statystyczne z zastosowania rozpoznawczego próby Rinnego.

Podwyższenie przewodnictwa kości głowy przy obecności przeszkód w przewodzeniu tonu w uchu środkowem tłómaczy B. powiększonem napięciem narządu przewodzącego tony, przez co podobnie jak w nici napiętéj warunki fizyczne dla przewodzenia tonu przez ciała stałe stają się korzystniejszemi. Temu teoretycznemu tłomaczeniu sprzeciwia się próba aspiracyi, polegająca na szybkiem wdechaniu przy zamkniętych ustach i nosie. Tutaj mimo powiększonego napięcia błony bębenkowéj i następowego osłabienia percepcyi tonów głębokich przez powietrze, oczekiwane podwyższenie przewodnictwa kostnego nie ma miejsca. Autor stara się usunąć tę sprzeczność tak ważną dla rozpoznawczego znaczenia próby za pomocą strojnika. Zdaniem autora przyczyny niewystąpienia podwyższenia przewodnictwa kostno-bębenkowego przy próbie aspiracyjnéj leżą w napięciu błony okienka okrągłego na zewnątrz przez tę próbę wywołanem, przez co czynność téj błony, umożliwiająca wyminięcie płynu błędnikowego, zostaje upośledzoną. Zgodnie z tem przypuszcze-

niem przewodzenie kostne, jak również powietrzne, zostają upośledzone przez wszystkie sprawy chorobowe, które upośledzają stale zdolność wahania się rzeczonéj błony, nawet w samem zajęciu ucha środkowego bez powikłania ze strony błędnika. (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* XVIII, 3, 4).

Dr. R. Spira.

Treitel (Wrocław): **O pęknięciach błony bębenkowéj z szczególnem uwzględnieniem ich znaczenia sądowo-lekarskiego.**

Autor podziela powszechne mniemanie, że rozdarcie zdrowéj błony bębenkowéj przez uraz bezpośredni bardzo rzadko się zdarza, a gdzie takie uszkodzenie ma miejsce, dotyczy to po największéj części błon schorzałych. Daléj podnosi spostrzeżenie, że nawet znaczne zaburzenia słuchu wskutek pęknięcia błony bębenkowej po dłuższym czasie jeszcze mogą się wyrównywać, co każe być bardzo ostrożnym przy wydawaniu orzeczenia sądowo-lekarskiego. Na dowód dopiero co wypowiedzianego twierdzenia przytacza następujący bardzo w tym względzie pouczający przypadek: po rozdarciu bł. bębenk. w lutym wywołanem lekarz sądowy w maju mógł potwierdzić znaczne zaburzenie słuchu. Ciężka kara zagrażała oskarżonemu. Przypadkowo odroczono termin wyroku sądowego a przy badaniu słuchu w listopadzie znowu przeprowadzonem bystrość słuchu okazała się prawidłową. (*Ztschrft. f. Ohrenheilk.* Bd. XIX. 2). *Dr. R. Spira.*

Choroby skórne i weneryczne.

A. Bessard: **Antrofor, nowe narzędzie do leczenia chorób cewki moczowéj, kanału macicznego, jamy nosowo-połykowéj, przewodu łzowego, przetok, jako też ran kłutych i postrzałowych.**

Antrofor Frankego składa się z drutu spiralnego gęsto zwiniętego, opatrzonego na jednym końcu guziczkiem. Drut ten posiada obok elastyczności i zdolności skrzywienia się także dostateczną twardość, tak, że go użyć można jako zgłębnika. Przygotowanie antroforu jest następujące: Do roztczynu gelatyny i gliceryny w stosunku, aby ich punkt topnienia był przy 82° F. dodaje się 2 odsetki kwasu karbolowego, aby mięszanina była aseptyczną, jako też odpowiedni środek w potrzebnéj ilości. W mięszaninie téj ogrzanéj do 86° F. macza się drut, a po wyjęciu i oziębnięciu warstwa pokrywająca drut i zawierająca lek twardnie. To powtarza się tak często, dopóki około guziczka spiralnego nie utworzy się odpowiednio gruba warstwa. Po zamoczeniu narzędzia w zimnéj wodzie wprowadza się je do odpowiedniéj jamy, gdzie zostaje 10—30 minut, podczas których chory musi jak najspokojniéj leżeć; lek rozpuszcza się i styka się z częściami choremi. Jako leku używał B. talinu, jodoformu, azotanu srebrowego, octanu ołowioweg, azotanu bismutowego i kokainy. Według B. antrofor talinowy jest najlepszym środkiem w rzeżączce ostréj i przyostréj. Stosownie do tego, jak daleko w głąb cewki posunęło się zapalenie, ma antrofor różnie wielką długość. Owrzodzenia rzeżączkowe w głębszych częściach cewki leczy w różnym okresie antr. z azot. srebr., w wcześniejszym z jodoformu i to skutecznie (*Viert. f. Derm. u. Syphl.* 1888, zeszyt 5). *Dr. Baschkopf.*

Dietrich: **O macalności gruczołów chłonnych.**

W téj sprawie robił D. pod okiem prof. Penzoldta badania u 439 osób zdrowych (żołnierzy i uczniów) i znalazł w 99% macalne gruczoły. Ta sama odsetka pozostaje, jeżeli wykluczymy towarzyszące choroby skóry (121 przypadków), jako też przypadki, w których krótki czas przed badaniem osoba przebyła jakąś chorobę, która mogła miéć wpływ na powiększenie gruczołów. To jest więc pewnem, że prawie wszyscy zdrowi ludzie okazują w którejkolwiek części ciała gruczoły macalne. Dzieci aż do 12 go roku częściéj mają macalne gruczoły niż dorośli. Liczba macalnych gruczołów w różnych okolicach ciała jest w tych miejscach największą, gdzie w ogóle jest najwięcéj gruczołów; liczba ta z wiekiem się zmniejsza. Badania nad macalnością gruczołów u 50 osób kiłowych, znajdujących się w okresie kwitnienia choroby, wykazały, że obrzmienie gruczołów barkowych nie jest wcale charakterystyczne dla kiły, gdyż ani ich ilość, ani wielkość nie jest w téj chorobie znaczniejszą, przeciwnie nawet znajdowano te gruczoły rzadziéj macalnemi u kiłowych, niż u zdrowych. (*Sitzungsber. d. physic. medic. Societät zu Erlangen*). *Dr. Baschkopf.*

Bangs: **Trwanie zaraźliwości i zdolności dziedziczenia kiły.**

Pod tym względem wypowiada B. następujące twierdzenia: 1) T. z. trzeciorzędne postacie nie są zaraźliwe. 2) Okres zaraźliwości kiły może dobrowolnie zniknąć. 3) Ostateczne granice zaraźliwości można oznaczyć na 5 lat; fakt ten potwierdza także możność powtórnego zarażenia się, którą B. w 11-tu przypadkach w piątym roku spostrzegał. W rozprawie nad tym przedmiotem donosi Keller o przypadku, w którym świeżo kiłą zarażony mąż żony swéj nie zaraził; pierwsze dziecko urodziło się z objawami kiły wrodzonéj, u matki zaś dopiero w 10 dni po porodzie wystąpiła wysypka plamista. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888 z. 5). *Dr. Baschkopf.*

IV. Epidemija ospy u Lipowanow.

Skreślił
Dr. Chrząszczewski w Czerniowcach.

W dniu 10-tym lutego 1889 zostałem wysłany przez tutejszy Rząd krajowy do gminy lipowańskiéj *Fontina alba* (Białokiernica), gdzie od miesiąca panowała epidemija ospy. Zanim przystąpię do opisania typu tejże, chciałbym najprzód w krótkości wspomnieć o mieszkańcach gminy, ich zwyczajach i obyczajach, co ze względu na małą ilość Lipowanów w państwie Austryjackiém wydaje mi się godném wzmianki. Pod względem religii należą Lipowanie do t. z. Starowierców. Jest ich w Rosyi około 13 milionów, na Bukowinie około 6 tysięcy, a mianowicie zamieszkują gminę Klimowce i *Fontina alba* niedaleko Seretu i 2 gminy około Suczawy. Za głowę kościoła uznają metropolitę z siedzibą stałą w Fontina alba (obecnie jest nim Afanasij Makarow), a religia ich zbliżona jest do prawosławnéj, z tą tylko różnicą, iż cara rosyjskiego nie uznają za głowę kościoła, dla których to powodów są w Rosyi prześladowani. Duchownych wybierają z pośród siebie, przyczem wymagają od popa swego aby umiał pisać po rosyjsku, odprawiać służbę bożą i był żonatym; w razie bowiem śmierci żony, pop taki musi rezygnować ze swego stanowiska i udawać się do klasztoru. Powtórne żenienie się jest mu wzbronione. Mężczyzna jest u Lipowanów wszystkiem, kobieta prawie niczém. On zawiaduje domem, kieruje wychowaniem dzieci, wykonywa praktyki religijne, ona ograniczona jest niemal wyłącznie do gotowania codziennéj strawy, przepędzając cały czas wolny od tego zajęcia na gnuśném wylegiwaniu na piecu. W ogólności Lipowanin nie bierze wcale kobiet w rachubę, a one same tak zrosły się z charakterem biernego swego stanowiska, o emancypacyi zaś żadnéj wcale nie myślą. Co do sposobu żywienia się, są to niemal *par excellence* wegeteryjanie, a posty zachowują tak ściśle, iż w tym czasie żywią się wyłącznie suszonemi owocami, ziemniakami i chlebem. Oléj, ryby i nabiał są wzbronione. W obec innych wyznań Lipowanie są nader nietolerancey, szczególniéj wrogo usposobieni są względem żydów. We wsi Fontina alba, do któréj jako lekarz byłem delegowany z powodu epidemii ospy, nie ma ani jednéj karczmy, ani jednego izraelity, a z opowiadania mnichów tamtejszych dowiedziałem się, iż przed 8miu laty znalazł się pewien śmiałek wyznania mojżeszowego, który już doprowadził był budowę karczmy dość daleko, gdy w tém jednéj nocy zburzyli Lipowanie całą rozpoczętą budowę tak doszczętnie, iż nawet gruzy porozrzucali w kilkudziesięciumetrowym promieniu od miejsca, w którym budowa się znajdowała. Bardziéj konserwatywnego ludu nie zdarzyło mi się spotkać; żadna nowość, choćby błogie jej skutki były najbardziéj widoczne, nie przyjmie się u Lipowanów, zostawiają oni wszystko saméj tylko naturze, gotowi każdéj chwili do stawienia zaciętego oporu wszelkim innowacyjom, uważając *a priori* każdą z nich za zamach na ich istnienie. Łatwo sobie tedy wyobrazić, z jakiemi trudnościami ma do walczenia lekarz delegowany do przeprowadzenia przepisów sanitarno-policyjnych w czasie epidemii i że bez użycia siły zbrojnéj żaden z tego rodzaju przepisów w życie wprowadzić się nie da.

Ze wszystkich chorób zakaźnych najsilniéj sroży się tu ospa, którą Lipowanie uważają za „zle konieczne“, które każdy z nich przebyć musi i powinien. Lipowanin bez blizn poospowych należy też istotnie do wyjątków, niemal wszyscy przebyli ospę bądź w dziecięctwie, bądź w wieku dojrzałym. Epidemija ospy panuje w Fontina alba zazwyczaj co 8 lub 10 lat, a wtedy dostają ospy wszyscy niemal, którzy jej od czasu ostatniéj epidemji nie mieli, a więc dzieci w tym czasie urodzone i dorośli, oszczędzeni dotychczas przez powyższą chorobę. Wypadków powtórnego zakażenia się jadem ospowym ani jednego nie stwierdziłem, badając pod tym względem 3 epidemije (za czas od r. 1838—1889).

O szczepieniu ochronném między Lipowanami ani mowy być nie może, a to głównie z powodu, że religia ich na takowe nie dozwala. Wprawdzie według zdania jednego z mnichów klasztoru Fontina alba, nie ma w religii Starowierców żadnéj szczegółowéj wzmianki o szczepieniu ochronném ospy, jednakże tłómacze zakonu rozumieją ów zakaz z ogólnéj sentencyi tej treści: „iż człowiek nie powinien się sprzeciwiać niczemu, co Bóg na niego zsyła lub zesłać zamierza, a tém mniéj przeciwdziałać temu.“ Na tej podstawie nie dozwalają się Lipowanie szczepić, a nawet tutejszy Rząd krajowy zastrzega sobie wyraźnie u wysyłanych tamże lekarzy, aby unikali bezwzględnie wszelkiego przymusu w tym kierunku. Z tych powodów przebieg epidemii ospy w gminach Lipowanów jest pod każdym względem odrębny od tego, jaki się gdziekolwiek indziéj przedstawia, tak co do liczby zakażających się podczas każdorazowéj epidemji, jako też pod względem procentu śmiertelności u dotkniętych chorobą. Co do postaci klinicznéj przeważa tu *„variola confluens“* rzadziéj spotyka się *„variola variegata“*; z tego powodu stopień oszpecenia chorych jest nader wysoki, twarz cała pokryta tak szczelnie pęcherzami ospowemi, że ani jednego cm. kwadr. wolnego od pustuł nie widać, gałek ocznych wcale dojrzeć niemożna, a oczodoły wyrównywają się zazwyczaj w ten sposób, że pod ręką przyłożoną na łukach brwiowych i nosie nie ma żadnéj wolnéj przestrzeni. Pod względem przebiegu nie przedstawia tu ospa nic uwagi godnego; to chyba jedno zadziwia, że chorzy zaraz po zamienieniu się pęcherzyków w strupki uważają się za na wpół zdrowych, tak, że dorośli i wyrostki wstają w tym okresie z łóżka i przechadzają się po powietrzu, dzieci zaś nie umiejące jeszcze chodzić, bywają po kilka godzin dziennie około chaty noszone. W ten sposób szerzy się epidemia ospowa u Lipowanów dopóty, dopóki niemal wszyscy mieszkańcy gminy, którzy jeszcze ospy nie przebyli, nie zostaną zakażeni. Najlepiéj uwidocznią to następujące daty statystyczne:

Gmina Białokiernica liczy 900 mieszkańców.

na 900 mieszkańców:

I.	Przebyło naturalną ospę	z widocznemi bliznami	bez blizn	niedotkniętych ospą	szczepionych było
	853	829	24	47	1[1])
	Podczas obecnéj epidemii (od 2 stycznia do 10 marca 1889)				
II.	zachorowało	wyzdrowiało	umarło	naszczepiono	Uwaga
	156	133	23	1[2])	u wszystkich ozdrowieńców wyraźne blizny.

Jak tedy z pierwszéj części powyższéj tabliczki wynika, zostają ospą nawiedzeni niemal wszyscy mieszkańcy; dla następnéj epidemii pozostaje obecnie tylko 47 ofiar i pokolenie, które się urodzi. Procent śmiertelności w obecnéj epidemii wynosił 10%, w dawniejszych epidemijach dochodził do 30%. Sami mieszkańcy utrzymują, że każda nowa epidemija zabiera mniéj ofiar aniżeli poprzednia, co zresztą niemal do wszystkich chorób zakaźnych epidemicznie się pojawiających zastosować można. Przepisy sanitarno-policyjne wprowadzano w życie przy asystencyi żandarmeryi, jakkolwiek takowa w wielu przypadkach okazała się również niewystarczającą. I tak na zamknięcie szkoły, przenoszenie trupów do kostnicy, grzebanie tychże w przeciągu 24 godzin, godzili się mieszkańcy bez trudności, gdyż i w zwykłych warunkach grzebią swych umarłych zazwyczaj w 10 do 12 godzin po śmierci, mimo zakazu odpowiednich władz. W obec odrażania mieszkań surowym kwasem karbolowym, nakazu przewietrzania tychże i odrażania pościeli, stawiali niemal przez cały czas trwania epidemii skuteczny opór, a miano wicie w ten sposób, iż zamykano szczelnie chaty, w których się chorzy znajdowali, zasłaniano okiennice, lub też zostawiano wprawdzie mieszkania otworem, jednakże chorych z nich wynoszono, niewiadomo dokąd. Mieszkanie odrażane pozostawało zazwyczaj do tygodnia niezamieszkałe, gdyż mieszkańcy twierdzili, iż zapachu kwasu karbolowego znieść nie mogą, a nawet wysłali z tego powodu deputacyję do c. k. Starostwa w Serecie z zażaleniem, iż lekarz przy epidemii truje im chorych. Nic więc dziwnego, że wśród tego rodzaju warunków epidemija szerzyć się musi dopóty, dopóki w ogóle starczy jej ludności. Dziwniejsza nierównie, że Rząd krajowy nie przedsiębrał dotychczas żadnych energiczniejszych środków, któreby miały na celu zmusić uporną ludność do ochronnego szczepienia się. Zważywszy bowiem, że całe postępowanie odrażania jest bardzo niedostateczne, że nawet i to niedostateczne nie bywa ściśle przeprowadzane z powodu uporu mieszkańców, przychodzi się do przekonania, że lekarz podczas epidemii ospy wśród Lipowanów nie wpływa zupełnie na ograniczenie szerzenia się zarazy; główna jego czynność, to spisywanie raportów o chorobie.

Jakkolwiek lekowanie w ospie jest samo przez się mało znaczące, to jednak w braku uporu ze strony otoczenia chorych, możnaby tu i owdzie działać z korzyścią na niektóre powikłania, z których podczas obecnéj epidemii najczęściej spotykałem znaczne krwawienie z nosa lub warg, pokrytych strupami i zajęcie rogówki. W jednym tylko przypadku (u pewnego zamożnego i cokolwiek inteligentniejszego gospodarza), zgodzono się na pomoc lekarską i to z pewnemi ostrożnościami, mającemi na celu utrzymanie w tajemnicy owego niesolidarnego postępowania.

W tak zw. końcowym raporcie znajduje się rubryka, przeznaczona do tego, aby lekarz, wypełniający ją, wypowiedział swe zdanie co do środków zaradczych ku zapobieżeniu epidemji służących. W poczuciu niemal zupełnéj nieskuteczności swego zadania, wypełniłem rubrykę powyższą jedném tylko słowem: „Impfzwang.“

[1]) Jedyny szczepiony, którego w całéj gminie znalazłem, i to tylko aklimatyzowany Lipowanin wyznania grecko-oryjentalnego.

[2]) Również dziecko szewca miejscowego wyznania grecko-oryjentalnego.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 6 czerwca. N. Pan zamianował profesora szkoły realnéj i docenta prywatnego Dra Waleryjana Jaworskiego nadzwyczajnym profesorem patologii i terapii szczegółowéj w Uniw. Jagiell.

* Na wczorajszem posiedzeniu po odczytaniu protokółu miał kol. Pieniążek zapowiedziany wykład „o laryngofisurze.“ Rzecz tę osnuł kol. Pieniążek na podstawie 12 przypadków przez siebie obserwowanych, a i po części przez siebie operowanych Co do metody sądzi kol. Pieniążek, że powinno się ją robić przy zwieszonéj głowie, celem uniknienia spływania krwi do krtani. Poczem poświęcił prelegent kilka uwag wskazaniom tejże operacyi. W dyskusyi zwraca uwagę prof. Obaliński, że pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał w roku 1867 celem usunięcia polipa. Oprócz tego przemawiają kol.: Sroczyński, Buzdygan, Porębowicz, przewodniczący i prelegent.

* Otrzymaliśmy list następujący, który chętnie zamieszczamy, w nadziei, że szan. Koledzy, uznając doniosłość zamierzonego wydawnictwa, zechcą poprzeć usiłowania zacnego Kolegi, tak zaszczytnie znanego w piśmiennictwie naszem lekarskiem.

Szanowny Redaktorze!

Przy zamierzonem wydawnictwie nowego Słownika języka polskiego, w którem komitet redakcyjny powierzył mnie opracowanie działu wyrazów lekarskich, udaję się z prośbą do

wszystkich Kolegów, którym słownictwo polskie nie jest obojętnem, o łaskawe nadesłanie (przed 1 września) pod moim adresem, spisu wyrazów technicznych (terminów) łacińskich, francuskich, niemieckich i polskich, z zakresu swojéj specyjalnéj gałęzi, których nie pomieszczono w krakowskim „Słowniku terminologii lekarskiéj polskiéj" z r. 1881, — a to dla zamieszczenia ich w nowym Słowniku ogólnym. W przekonaniu, że nikt z Szan. Kolegów przysługi téj dla pożytecznéj sprawy odmówić nie zechce, pozostaję z winnem poważaniem *prof. Dr. Łuczkiewicz*, Warszawa, Marszałkowska 94.

* W terminie majowym zdali egzamin rządowy, uprawniający do piastowania posad rządowych pp. Drowie Jan Bednarski z Krakowa, Wincenty Głowiński z Sołotwiny (celująco), Karol Iwański z Radomyśla, Ignacy Januszkiewicz z Biecza, Michał Kowalski, Józef Kownacki z Wieliczki, Emil Lebedowicz ze Lwowa, Wiktor Natter z Krakowa, Józef Szajna z Rymanowa i Filip Schmidt z Krakowa.

* W powiecie sokalskim staraniem lek. powiatowego kol. Broniowskiego nie tylko szczepienie, ale i rewakcynacyja odbywa się krowianką, któréj koszta sprowadzenia pokryje Wydział Rady powiatowéj; również miasteczko Baranów za inicyjatywą kol. Bąkowskiego postarało się, aby wszystkie dzieci tameczne krowianką zostały zaszczepione; wreszcie Wydział powiatowy w Wieliczce przeznaczył kwotę 50 złr. na cel podobny.

* W Cieplicach węgierskich (w Trenczynie) dn. 15 maja otwarte zostały nowe łazienki (Hammam) kosztem 100 000 złr. wybudowane w stylu wschodnim, a urządzone z wielkim przepychem.

* **Wiedeń**. D. 30 maja odsłonięto uroczyście popiersie marmurowe proff. Schuha i Hyrtla w arkadach gmachu uniwersyteckiego. Przemówił przy téj sposobności prof. Albert, podnosząc zasługi obydwóch znakomitych profesorów, z których ostatni, prawie ociemniały, nie tylko na uroczystości był obecnym, ale świetną mową łacińską podziękował za niezwyły zaszczyt i hołd, który mu jeszcze za życia złożono.

* **Nekrologija**. We Wiedniu po długiej chorobie umarł prof. ginekologii i położnictwa Dr. August Breisky; urodzony w r. 1832 w Klattawie w Czechach, był w Pradze uczniem Treitza i Seyferta; od r. 1866 był profesorem w Salzburgu, od r. 1867 w Bernie szwajcarskiem, od r. 1874 w Pradze, skąd przed 3 laty powołany został do Wiednia. — W Petersburgu zmarł prof. Akademii lek. Aleksander Lesz, następca Trappa na katedrze farmakologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 22: Bukowskiego: O wyłuszczeniu twardych gazów z macicy za pomocą cięcia w jéj ścianach (c. d.); — W *Wiad. Lek.* Nr. 9 i 10: Pawlikowskiego: Gruźlica we Lwowie; — W *Zdrowiu* Nr. 44: Rauma: Obecny stan wiadomości naszych o wpływie światła na bakteryje; Buiwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 15 Czerwca 1889. Nr. 24.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Hlavy w Pradze.

Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska.

Napisali

A. Obrzut w Pradze i J. Defay z Brukseli.

Łożyska tak maciczna jak i płodowa część przedstawiają w różnych okresach rozwoju typowy obraz nowotworzenia fizyjologicznego. Nowotworzenie patologiczne składa się z tych samych składników co i fizyjologiczne, a tylko etyjologia ich jest różną.

Łożysko jako tkanka, która we względnie krótkim przeciągu czasu dochodzi do znacznego stopnia rozwoju, szczególnie nadaje się do podobnych badań.

Wśród badań naszych mniéj zależało nam na śledzeniu poszczególnych okresów rozwojowych łożyska w stosunku do płodu. Głównie uwagę zwróciliśmy na pochodzenie różnych składników już wytworzonego łożyska, na ich przemiany postępowe i wsteczne i to przedewszystkiem w części macicznéj tegoż. Rozporządzaliśmy znaczną ilością łożysk z tutejszego zakładu porodowego, a nadto kilka przypadków pochodzących z sekcyj. Pierwsze służyły nam do badania budowy samego łożyska, w innych szukaliśmy związku, jaki zachodzi między macicą samą a łożyskiem do niéj przylegającem.

Z materyjału, o ile można świeżego, (niebawem po porodzie) wycinaliśmy w powierzchni zewnętrznéj łożyska skrawki prostopadłe do tejże powierzchni, nie grubsze niż 1 do $1^1/_2$ milimetra, a obejmujące całą grubość łożyska macicznego i mniejszą lub większą część łożyska płodowego. W przypadkach z sekcyj pochodzących skrawki obejmowały nadto wewnętrzne warstwy utkania macicznego. Badaliśmy także macice z łożyskiem u zwierząt z krótkim okresem ciąży, mianowicie u świnek morskich, gdzie rozwój łożyska odbywa się w o wiele krótszym czasie, niż u człowieka. Do stwardnienia preparatów używaliśmy wyłącznie rozczynu Fleminga, bo wkrótce przekonaliśmy się, że preparaty stwardłe w innych płynach, zwłaszcza w alkoholu, nie prowadzą do żadnych rezultatów.

Co do rozwoju łożyska, to nawet w zasadniczych punktach panują dotąd zdania sprzeczne. Histogeneza jego macicznéj części jest w ścisłym związku ze zmianami w tak zwanéj *decidua serotina.* Składa ona się z dwóch warstw, z głębszéj gąbczastéj i z powierzchownéj zbitéj. Ta ostatnia (*Basalplatte Winklera*) pokrywa kosmki łożyska płodowego i od niéj wychodzą wypustki, t. z. *septa placentae.* W części gąbczastéj, przylegającéj bezpośrednio do utkania macicznego, następuje oddzielenie łożyska po porodzie. Co do licznych wolnych przestworów, którym właśnie ta warstwa swe utkanie gąbczaste zawdzięcza, to jedni (Kundrat i Leopold) uważają je za porozszerzane gruczoły maciczne, drudzy (Kölliker i Turner) za rozszerzone naczynia.

Dalsza niezgoda w zapatrywaniach zachodzi co do powstawania zatok krwionośnych, w których ułożone są kosmki łożyska płodowego. Jedni (Kölliker, Langhans) uważają te zatoki za przestwory powstałe wskutek nieprzylegania na pewnych miejscach błony śluzowéj macicznéj do kosmówki, drudzy (Ercolani, Turner, Hertwig) w zatokach tych upatrują tylko ogromnie porozszerzane naczynia włosowate błony śluzowéj macicy.

Powstawanie zatok krwionośnych uważa Hertwig[1]) za klucz do zrozumienia budowy łożyska. Nie mniejsze jednak znaczenie ma, według naszego zdania, kwestyja, dotycząca powstawania t. zw. macicznéj części łożyska, a mia-

[1]) *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte*, 2 Auflage, pag. 204.

nowicie jéj warstwy zbitéj (*substantia compacta*). Opisy histologiczne téj części łożyska w literaturze, która była nam dostępną, są bardzo pobieżne i niedokładne. Kölliker[1]) przedstawia ją jako złożoną z olbrzymich, lub olbrzymich wielojądrowych komórek, wielkich komórek wrzecionowatych, częścią wielojądrowych i komórek mniejszych, które uważa za ciałka białe krwi. Resztę utkania stanowi istota międzykomórkowa, mniéj lub więcéj obfita, w starszych łożyskach miejscami wyraźnie włóknista. O pochodzeniu tych komórek i istoty międzykomórkowéj autor ten nic nie wspomina. Jeszcze pobieżniéj mówi o tym przedmiocie Hertwig[2]), który czyni wzmiankę tylko o komórkach olbrzymich z 10—40 jądrami i nie wdaje się w dalszy opis szczegółowy téj warstwy.

Daleko szczegółowiéj zajmuje się tą kwestyją Frommel[3]) w swéj monografii o powstawaniu łożyska u nietoperza. Żałować tylko wypada, że autor ten ograniczył się do tak pierwotnéj metody stwardniania preparatów, jak za pomocą alkoholu i sublimatu. Według tego autora, który obserwował rozwój łożyska we wszystkich okresach, zrost pęcherzyka płodowego z błoną śluzową macicy jest z początku nitkowaty, późniéj dopiero staje się zbitym, przybłonki błony śluzowéj coraz bardziéj spłaszczają się, aż wreszcie po dokonanym zroście *exodermu* z macicą wszelki ślad ich zanika. Równocześnie z zrostem tworzy się tuż przed zanikającym przybłonkiem błony śluzowéj pokład kilkuwarstwowy komórek podobnych do przybłonków. W téj to warstwie przychodzi wkrótce do bardzo obfitego nowotworzenia naczyń krwionośnych, przez co warstwa ta staje się gąbczastą. Gruczoły maciczne do téj warstwy nie dochodzą. Hertwig rozróżnia dwa układy tych nowowytworzonych naczyń krwionośnych, jeden tak zwany podkosmówkowy i drugi w zewnętrzniejszych warstwach ułożony. W tym to ostatnim przychodzi do nadmiernego bujania przybłonków, czego rezultatem jest osobna warstwa mieszków przybłonkowych unaczynionych, które przez spływanie z sobą tworzą rozległe zatoki po zewnętrznéj stronie warstwy bł. doczesnej. Przez te zatoki przebiegają mostki przybłonkowe od warstwy wewnętrznéj przybłonkowéj do zewnętrznéj, liczba ich z czasem wzmaga się tak, że z zatok rozległych powstaje utkanie gębczaste pomiędzy zewnętrznym a wewnętrznym pokładem komórek przybłonkowych.

Hertwig wyraźnie wspomina o zanikaniu przybłonków błony śluzowéj w macicy, w miarę zrastania blaszki zewnętrznéj z tą ostatnią, o wydaleniu na zewnątrz wybujałych gruczołów, tak, że obie warstwy „przybłonkowe" wraz z utkaniem gębczastem między niemi (dawniejsze zatoki) stanowią tkankę zupełnie nową, wytworzoną na miejscu dawnéj błony śluzowéj. I to szczegółowe badanie Hertwiga nie rozjaśnia w niczem histogenezy części macicznéj łożyska. Trudno na podstawie badań tego autora rozstrzygnąć, czy jest ona wytworem warstwy przybłonkowéj błony śluzowéj, czy bujanie śródbłonków naczyń krwionośnych, czy też stałych komórek błony śluzowej między-gruczołowych, czy wreszcie bujanie samych gruczołów dało jéj początek. Z tych możności tylko ostatnia da się z jakiem takiem uprawnieniem wykluczyć, ale pierwsze pozostają i nadal pytaniami bez odpowiedzi.

Dokładne poznanie histogenezy części macicznéj łożyska jest nie tylko ważnem ze względu na powstawanie całego łożyska, ale może ona rzucić nie mało światła i na przyrodę nowotworzenia patologicznego, zwłaszcza zapalnego, dla tego to łożysko i ze stanowiska patologiczno histologicznego przedstawiało dla nas bardzo stosowny materyjał do badań tego rodzaju.

To nowotworzenie fizyjologiczne, które w zasadzie nie jest róźnem od patologicznego, mieliśmy przedewszystkiem na uwadze, dla tego mniéj nam zależało na przedstawieniu chronologicznem wszystkich zmian, jak po sobie następują, niż na dokładnem zbadaniu obrazów histologicznych, obfitych w szczegóły mało, lub wcale dotąd nieznane.

Przedstawimy teraz rezultat naszych badań histologicznych łożyska ludzkiego i świnek morskich. Wnioski już to z samych obrazów histologicznych same przez się wynikać będą, już to zreasumujemy je przy końcu naszéj pracy.

A. Łożysko ludzkie.

Przedewszystkiem zwrócimy uwagę na część maciczną, ową zewnętrzną warstwę, która pokrywa kosmki łożyska płodowego. Grubość téj warstwy najbardziéj nas tutaj obchodzącéj jest i w zupełnie prawidłowych łożyskach bardzo różną, w przecięciu wynosi ona 0·5—1·0 milimetrów, często jednak dochodzi miejscami i do kilku milimetrów. Tym różnicom w grubości odpowiadają różnice histologiczne, ale i w warstwach jednakiéj grubości różnice histologiczne nie tylko w rożnych, ale i w tem samem łożysku są nieraz liczne.

Ta część łożyska składa się głównie z naczyń krwionośnych, komórek różnéj wielkości i istoty międzykomórkowéj różnie szerokiéj. Zacznijmy od naczyń krwionośnych. Co do tych musimy uwzględnić treść, osobne ściany, jeżeli takowe się znajdują i ich najbliższe otoczenie. Bardzo znaczna część naczyń krwionośnych nie ma wcale ścian, są to raczéj zatoki ograniczone komórkami wielkiemi, ściany innych natomiast są uderzająco grube. Treść naczyń krwionośnych, mianowicie morfotyczne składniki krwi, przedstawiają szereg zmian pierwszorzędnego znaczenia pod względem histogenetycznym dla całéj téj części łożyska. Dla tego nieco obszerniéj musimy się nad niemi zastanowić. Pewna część tych zmian należy do objawów pośmiertnych, inne jednak bez wątpienia powstały za życia. Tylko w większych naczyniach krew nie przedstawia żadnych zmian. Rozmiary, barwa i kontury ciałek czerwonych są prawidłowe. Inaczéj rzecz się ma w naczyniach mniejszych lub w częściach krwi przybrzeżnych w naczyniach większych. Przedewseystkiem zasługuje na uwagę zachowanie się istoty barwiącéj ciałka czerwone (hemoglobiny). Otóż barwik ten gromadzi się na samym obwodzie ciałek czerwonych i w przestworach trójkątnych między ciałkami. Powstaje tym sposobem siatka barwikowa, któréj oczkami są zupełnie odbarwione ciałka czerwone. Pewna jednakże część ciałek zachowała swój barwik i tworzy jakby zgrubienia owéj siatki barwikowéj. Przy samym zaś brzegu naczynia lub zatok krwionośnych ciałka czerwone nieodbarwione spłynęły w jednę masę jednolitą, z mniéj lub więcéj licznemi jamkami, które nie są niczem innem, jak tylko ciałkami krwi odbarwionemi. Przez spływanie takich ciałek odbarwionych i przez zaniknięcie ich konturów, a może i przez ściągnięcie owéj istoty jednolitéj powstają większe jamki. Ta siatka barwikowa ma włókna jużto jednolite, jużto delikatnie ziarniste. Barwa włókien jest albo tą samą co i prawidłowy barwik ciałek czerwonych

[1]) *Entwicklungsgeschichte des Menschen*, 1879, pag. 338.— [2]) l. c., pag. 203. — [3]) *Ueber die Entwicklung der placenta von Mystus Murinus*, Wiessbaden 1888.

albo jest ona jeszcze więcéj żółto-cisawa, aż do ciemno-cisawéj dochodząca. Często wreszcie siatka ta barwi się bardzo żywo safraniną lub gencyjaną, oddziaływa na barwy jak włóknik.

Wszystko to są zmiany, które moglibyśmy uważać za pośmiertne, gdyby nie obrazy więcéj powikłane, które są tylko dalszym okresem tamtych i powstały za życia. W naczyniach o wybitnych ścianach znajdujemy bezpośrednie przejście owéj istoty przybrzeżnéj jednolitéj w samą ścianę. Ściany tych naczyń mają w ogóle budowę jednolitą z rozprószonemi jądrami, zupełnie podobnemi do ciałek białych i z drobnemi podłużnemi szczelinami. Ilość tych ciałek tak w téj istocie przybrzeżnéj jak i w ścianie naczynia jest bardzo nieznaczna, tylko niektóre z nich przybrały postacie większe, często wydłużone, wrzecionowate. Jak wspomnieliśmy, warstwa przybrzeżna przechodzi bez żadnéj granicy w ścianę naczynia. Barwa ciałek czerwonych téj warstwy nieznacznie blednie, aż wreszcie znika stopniowo w dalszych częściach ściany. Ciałka białe krwi już to nie przedstawiają żadnych zmian, już to, co zwłaszcza przy brzegach naczyń ma miejsce, okazują jądra o wiele większe, z znaczną ilością chromatyny, tworzącéj siatkę lub kłębki, opisane jeszcze przez Arnolda, a świadczące o czynności proliferacyjnéj tych jąder. Leżą one już to w punktach węzłowych owéj siatki hemoglobinowéj, już to w jéj oczkach. Pierwoszcze ich, jeżeli w ogóle jest widoczne, nie stoi w żadnym związku histogenetycznym z siatką hemoglobinową. W tych miejscach, gdzie ta ostatnia okazuje oddziaływanie włóknika, gromadzą się leukocyty w największéj ilości i tu najliczniejsze są jądra z objawami pośredniéj fragmentacyi (*indirecte Fragmentirung* Arnold). Często daléj spotykamy w naczyniach zbite, rozgałęziające się masy włóknika, bardzo żywo się barwiącego z nieregularnemi jamkami próżnemi, lub zawierającemi obrzmiałe i obfitujące w chromatynę leukocyty. Te masy włóknikowe często nie są w żadnym związku z ścianami naczynia. W innych razach i to nieraz w innéj części tego samego naczynia te masy zbite lub ziarniste okazują barwę ciemno-cisawą, a tylko miejscami barwią się gencyjaną lub safraniną, czyli częściowo tylko okazują oddziaływanie włóknika.

Ale tem jeszcze szereg zmian treści naczyń nie jest wyczerpany. Często bowiem treść ta w całéj swéj masie stała się jednolitą; a gdzieniegdzie tylko dają się w niéj wykazać kontury ciałek czerwonych, lub rozpadła się w istotę drobnoziarnistą, bezbarwną, która podobnie jak jednolita, może graniczyć z prawidłowo zabarwionemi ciałkami czerwonemi. Wszystkie te zmiany mogą mieć miejsce w jednem i tem samem naczyniu, a ztąd obrazy, jakie treść naczyń okazuje, są nadzwyczaj różne.

To są w zarysie objawy, jakie spostrzegamy na naczyniach krwionośnych, mających ściany. Ze zmian ciałek czerwonych przybrzeżnych wyżéj opisanych z koniecznością przypuścić musimy, że mamy tu do czynienia z dążnością obliteracyjną naczyń. Często też spotykamy, zwłaszcza w tych razach, gdzie część maciczna łożyska jest nieco grubszą, naczynia o ogromnie grubych ścianach a małem świetle, lub naczynia zupełnie zamknięte za pomocą istoty jednolitéj lub bardzo delikatnie współśrodkowo włóknikowatéj. Istota ta okazuje podłużne szczelinki jako ślad dawnych jamek przybrzeżnych i nieliczne jądra leukocytowe. Ale istnieje jeszcze inny sposób zamykania się naczyń, który moglibyśmy nazwać zamykaniem się siatkowatem, które powstaje tym sposobem, że w istocie jednolitéj, powstałéj przez jednostajną zmianę ciałek czerwonych, przyszło do wytworzenia się bardzo licznych jamek, które nadały téj istocie wejrzenie siatkowate o grubych włóknach. Zmiana ta przypomina w pewnych okresach t. z. kanalizowany włóknik, siatka ta jednak nie jest włóknikiem, bo nie okazuje oddziaływania właściwego włóknikowi, a posiada wszelkie cechy tkanki uorganizowanéj. W jéj punktach węzłowych lub oczkach rozmieszczone są nieliczne jądra identyczne z leukocytami.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali
proff. Korczyński i Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Przypadek III. Wrzód okrągły z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, rozstrzeń znacznego stopnia. Obniżenie zupełne zwiększonego wydzielania soku żołądkowego, zniknięcie objawów rozstrzeni żołądka. Wyleczenie.

Pięćdziesięcioletni obywatel z Galicyi E. W. doznał przed pół rokiem nagle bólów w żołądku i w tym czasie zauważył kilkakrotnie wymioty barwy atramentowéj. Chory badany przez nas d. 14 lutego 1886 wykazuje ciężar ciała 62 klg., uskarża się na pragnienie i zwiększone łaknienie, palenie w żołądku i zaparcie stolca. Odżywienie mierne, w dołku podsercowym większy opór i stłumienie i mierna tkliwość dotykowa. Każdego czasu można wywołać w żołądku chlupanie na 2 palce poniżéj pępka. Wątroba niemacalna. Na czczo wyciągnięta ciecz w ilości pół litra przedstawia masę szarą, zawierającą niedotrawione kawałki mięsa, o kwasocie 45 i silnem oddziaływaniu na HCl. Przez 8 dni płókano żołądek późnym wieczorem 2% rozczynem dwuwęglanu sody. Dnia 9-go zdołano wyciągnąć ze żołądka czczego 80 cm^3 cieczy mętnawéj żółtawéj o kw. 50, silnem oddziaływaniu na HCl, wobec braku kw. mlekowego. Pod mikroskopem resztek pokarmów nie ma, tylko bardzo liczne jądra ciałek wypocinowych i przybłonek wałeczkowy. W tym stanie chory odjechał do domu. Lecz już po miesiącu zgłosił się (24 marca) z powodu przypadłości gastrycznych i osłabienia. Badanie żołądka czczego wykazało $2\frac{1}{2}$ litra gąszczu fusowatego o kw. 68 i silnem oddziaływaniu na HCl. Po zastosowaniu leczenia przeciw krwotokowi miał się chory podmiotowo zupełnie dobrze, tak, że po czterech tygodniach mógł odjechać do domu. Po upływie czterech miesięcy znów się przedstawił, a badanie z d. 12 sierpnia 1886 wykazało w żołądku czczym około 1-go litra gąszczu barwy szarawéj, zawierającego mięso, o kw. 12, z oddziaływaniem na kw. mlekowy, a brakiem HCl. Przypuszczając wytwarzające się zaciśnięcie bliznowate odźwiernika, przedstawiono rodzinie ewentualność zabiegu operacyjnego. Chory udał się tymczasem do Karlsbadu, zkąd powrócił, czując się podmiotowo zupełnie dobrze, przedstawiając ciężar ciała 72 klg., wejrzenie czerstwe; objawy jednak fizyczne rozstrzeni stale się utrzymywały w téj saméj mierze. Przez rok 1887 używał pacyjent wytrwale dyjety suchéj, pił wody alkaliczne w miernych ilościach i odbył znów leczenie w sezonie kąpielowym w Karlsbadzie, poczem stan jego podmiotowo i przedmiotowo widocznie się poprawił. Rok 1888 zeszedł przy stósowaniu téj saméj terapii i na pobycie w Karlsbadzie. W tymże czasie (w sierpniu 1888 r.) pacyjent badany przez nas podaje, że nie czuje żadnych przypadłości żołądkowych, stolec dawniéj zaparty, bywa codziennie. Wejrzenie pacyjenta bardzo dobre, ciężar ciała $77\frac{1}{2}$ klg. Chlupania w żołądku ani na czczo, ani wśród dnia wykazać nie można, wypukiem również obniżenia dolnéj granicy żołądka wybadać nie można. Za pomocą aspiracyi rano na czczo niczego ze żołądka wyciągnąć nie można, po wlaniu zaś 100 aq. d. wyciągnięto 50 cm^3 cieczy mętnawéj śluzowéj bez resztek pokarmów o kw. zaledwie 0·5. W cieczy przepłóczkowéj również żadnych resztek pokarmów wykazać

nie można. W cztery godziny po obiedzie próbnym Leubego wyciągnięto gąszcz o kw. 70, bardzo silnem oddziaływaniu na kw. mlekowy, a nieznacznem tylko na HCl, gdyż tylko papierki kongowe zabarwiają się wyraźnie na niebiesko, zaś papierki tropeolinowe i próba fluoroglucynowo-wanilinowa dają wyniki wątpliwe. — Pacyjent przedstawił się znów w grudniu 1888 r. ważąc 80 kilogr., fizycznych objawów rozstrzeni nie ma, podmiotowo czuje się chory zupełnie dobrze. Ostatni raz badany w kwietniu 1889 r. w pół godziny po wypiciu szklanki kawy i szklanki wody, wykazuje w żołądku nieznaczne pluskanie, sięgające tylko do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem; tkliwości dotykowéj, a nawet stłumienia odgłosu w dołku podsercowym nie ma, stolec prawidłowy, objawów podmiotowych gastrycznych nie ma wcale, wejrzenie bardzo dobre, ciężar ciała $80\frac{1}{2}$ klg.

Z tego pouczającego przypadku okazuje się, że nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, towarzyszące wrzodowi okrągłemu, zmniejszyć się i ustąpić może, przez co także przypadłości żołądkowe znikają. Może nawet nastąpić niedomoga wydzielnicza, lub zupełna utrata siły wydzielniczéj, jak to pierwszy dostrzegł Jaworski[8]), a obecnie Boas, Klemperer[9]) i inni przyjmują. Sądzimy, że tego rodzaju pomyślne zakończenie wrzodu nie jest wyjątkowe, lecz zdarza się we wielu przypadkach. Dalsze obserwacyje w tym kierunku byłyby w celach klinicznych bardzo pożądane. Zdaje się, że tego rodzaju przypadki wrzodu okrągłego w okresie obniżenia się nadmiernego wydzielania kw. solnego badali właśnie Ritter i Hirsch[10]) i stąd przyszli do wniosku, że wrzód może się rozwijać nawet wobec obniżonéj siły wydzielniczéj błony śluzowéj żołądka. Z tego przypadku okazuje się jeszcze, że nawet znaczne objawy rozstrzeni żołądka w przebiegu nieżytu, zwanego przez nas kwaśnym, mogą zupełnie ustąpić. A to należy chyba tem tłumaczyć, że silnie nacieczona błona śluzowa części odźwiernikowéj, jak to poniżéj opisane mikroskopowe badania okazują, zacieśnia światło odźwiernika, które po zmniejszeniu sprawy nieżytowéj staje się znów szersze. Klemperer[11]) bowiem przedstawił przypadek sekcyją stwierdzony, w którym znaczna rozstrzeń, wywołana zaciśnięciem odźwiernika, po przywróceniu drożności tegoż według metody Heineckego-Mikulicza po upływie pół roku zupełnie ustąpiła.

II.

Jakiego rodzaju sprawa anatomiczna toczy się w żołądku w przypadkach wrzodu okrągłego, któremu towarzyszy trwałe, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, dotąd dokładnie nie wiemy. Będziemy się też starać ją wyjaśnić tak na podstawie uskutecznionych dotąd badań anatomicznych, jako też naszych własnych, w których badanie kliniczne za życia, a anatomiczne przy sposobności zabiegu operacyjnego lub zejścia śmiertelnego wykonanem zostało.

Przepatrując dzieła traktujące o anatomii patologicznéj wrzodu okrągłego, znajdujemy, że jedne z nich kwestyję stanu błony śluzowéj żołądka przemilczają, inne znów opisują ją jako znajdującą się w stanie „nieżytu.“ Do tych ostatnich należy doświadczony Rokitansky[12]), wyrażający się na str. 169: „*Es* (*das Magengeschwür*) *ist immer von Hypertrophie der Magenschleimhaut und Blenorrhöe begleitet.*“ Orth zaś na str. 744 powiada[13]): „Zachowanie się błony śluzowéj otaczającéj wrzód nie jest jednostajne; częstokroć napotyka się tu zmiany przewlocznego nieżytu.“ Lebert[28]) str. 258 jest zdania, „że nieżyt żołądka rozwija się dopiero w późniejszych okresach wrzodu. Nieżyt ten ma skłonność do zgrubienia błony śluzowéj, przy czem cierpi budowa i czynność gruczołów, a tem samem czynność wydzielnicza błony śluzowéj. To zgrubienie i ten przerost ze skłonnością do rozwoju tkanki łącznéj rozszerza się często i na głębsze warstwy żołądka.“ — Klinicyści prawie wszyscy przypuszczają, że w przebiegu wrzodu okrągłego istnieje nieżyt błony śluzowéj, od którego znaczna część przypadłości towarzysząca wrzodowi zależy, a które należy następowo leczyć. Niektórzy z klinicystów przypuszczają istnienie nieżytu tylko warunkowo. I tak Leube[14]) na str. 98 wyraża się: „Dyspepsia czyli „utrudnione trawienie“, objawiające się brakiem lub spaczeniem łaknienia, wzmożeniem pragnienia, nieprzyjemnym smakiem w ustach, ciśnieniem w dołku podsercowym, odbijaniem gazów i kwaśnych cieczy — nadzwyczaj często, ale nie stale towarzyszy wrzodowi żołądka.“ A na innem miejscu czytamy: „Natomiast przyłącza się w następstwie zwykle do wrzodu przewlekły nieżyt.“ Feliks Niemeyer[15]) na str. 578 powiada: Objawy przewlekłego nieżytu żołądka, który obok wrzodu istnieje, towarzyszą wprawdzie zwykle wyżéj opisanym charakterystycznym zboczeniom, lecz są one według różnego natężenia i rozmiaru nieżytu albo bardzo wybitne, albo tylko nieznaczne.*)

Tak więc według zdania wielu anatomów i klinicystów istnieje obok wrzodu żołądka równocześnie i nieżyt przewłoczny błony śluzowéj. Niestety brakuje nam bliższego określenia, jakiego on jest rodzaju, a właściwie, w którym okresie się znajduje. Anatomowie bowiem dotąd mikroskopowo jeszcze żadnych różnic w tym kierunku nie czynią. Nieżyt błony śluzowéj żołądka, przynajmniéj u nas, jest bardzo częstym objawem; gdyż np. na 820 sekcyj z r. 1886 ze zakładu patologicznego prof. Browicza w Krakowie, znaleźliśmy aż 541 przypadków, w których co do żołądka brzmiało rozpoznanie anatomiczne „*catarrhus ventriculi chronicus*“. Trudno zaś przypuścić, aby między tyloma przypadkami co do sprawy anatomicznéj żadnéj różnicy nie było. Szczegółowo co do wrzodów, zauważyliśmy już dawniéj przy sekcyjach, że napotyka się przerost błony śluzowéj, objawiający się wejrzeniem powierzchni brodawkowatem (*état mamelonné*).

Co do zmian mikroskopowych błony śluzowéj żołądka w przebiegu wrzodu żołądka, przytaczamy najprzód dotąd dokładniéj badane przypadki innych autorów, a potem nasze:

A. Sachs[16]) (str. 127) badał żołądek 80-letniego mężczyzny, który umarł wobec miernéj gorączki na lewostronne zapalenie opłucnéj. Żołądek okazał się przy sekcyi prawidłowéj wielkości. Błona śluzowa jego cienka, a na dnie wrzód okrągły. Mikroskopowe badanie wykazało: 1) Różnica między komórkami głównemi a okółkowemi utrzymana. 2) Tkanka międzygruczołowa ilościowo zwiększona przez znaczne nacieczenia drobnokomórkowe. Ogromna ilość ciałek wypocinowych wypełniających tkankę łączną, gruczoły i przybłonek powierzchowny. Wobec braku badania klinicznego, wieku podeszłego i towarzyszącéj za życia gorączki wielkiego znaczenia dla rozstrzygnięcia toczącéj się tu kwestyi temu przypadkowi przypisać nie możemy.

Ważniejszem dla nas jest badanie mikroskopowe, wykonane przez R. Krukenberga[17]) w przypadku wrzodu

---

* Dziwną jest rzeczą, że najnowsze dzieła kliniczne Eichhorsta i Strümplla pomijają zupełnie kwestyję zachowania się błony śluzowéj w przebiegu wrzodu okrągłego, a zapuszczają się w bezowocne spekulacyje teoretyczne powstawania wrzodu żołądka.

usadowionego w krzywiźnie małéj żołądka, którego błona śluzowa przedstawiała *état mamelonné*. Dotyczy ono 55-letniéj kobiety, wykazującéj nadmierne wydzielanie soku żołądkowego. W opisie badania mikroskopowego czytamy na str. 64: Gruczoły błony śluzowéj mocno rozgałęzione przedstawiają po części rozszerzenia torbielowate (*cystisch entartet*). Torbiele są wyścielone przybłonkiem wałeczkowym i wypełnione jądrami komórek zniszczonych, tkanka międzygruczołowa komórkami okrągłemi, tworzącemi całe pasma silnie nacieczona. Przybłonek gruczołowy jest częściowo wałeczkowy, częściowo sześcienny (*cubisch geformt*). Błona podśluzowa silnie unaczyniona przedstawia rozszerzone naczynia żylne.

Ewald[18]) nie wyraża się wcale o zachowaniu się błony śluzowéj pod względem anatomicznym w przebiegu wrzodu, a opisuje na str. 209 tylko zachowanie się jéj na brzegach wrzodu, wyrażając się o gruczołach: „Zamiast komórek trawieńcowych znajduje się sześcienny i wałeczkowy przybłonek. Jest on pokurczony tak, że się oddala od *membrana propria*, jako też pojedynczych komórek między sobą, jąder takowych nawet przy pomocy zabarwienia odróżnić nie można, zawartość komórek rozpadła, wejrzenie jasno-szkliste, które jeszcze najwięcéj przypomina zwyrodnienie hyalinowe. Pojedyncze przewody torbielowato zwyrodniałe Błona podśluzowa znacznie grubsza zawiera obfity drobnokomórkowy naciek i silnie rozwiniętą siatkę naczyniową.“ Co do stanu anatomicznego reszty błony śluzowéj znajdujemy na innem miejscu (str. 210) tylko następujące przypuszczenie: „Ze wskutek wrzodu otaczające części błony śluzowéj bywają podrażnione, jest zwykłem następstwem.“ Przy opisie zaś szczegółowego przypadku wrzodu (str. 194), nadmienia autor tylko ogólnikowo: „Mikroskop wykazuje stan nieżytowy w dnie i odzwierniku z obfitym naciekiem drobnokomórkowym i zmętniałemi komórkami gruczołowemi.“

Z powyżéj przytoczonych opisów poszczególnych autorów wynika, że w przebiegu wrzodu okrągłego błona śluzowa okazywała się mikroskopowo zmienioną. My z naszéj strony mieliśmy sposobność zbadania mikroskopowego błony śluzowéj żołądka w przebiegu wrzodu, wyciętéj w trzech przypadkach przy zabiegach operacyjnych za życia, a w jednym po zejściu śmiertelnem wskutek krwotoku. We wszystkich przypadkach była przeprowadzona obserwacyja kliniczna i badanie wewnętrzne żołądka. Preparaty mikroskopowe przyrządzono po stwardnieniu ich po części w kw. chromowym, po części we wyskoku, w zakładzie anatomicznym prof. Browicza przy uprzejmym współudziale tegoż i Dra Hempla. Barwienie pojedynczych skrawków odbywało się stale w rozczynie eozyno-hematoksylinowym:

1) Powyżéj opisany przypadek wrzodu okrągłego T. Ł. (zakończony śmiercią) przedstawiał pod drobnowidem obraz, złożony z kilkunastu skrawków z różnych miejsc następującego rodzaju: Przybłonka powierzchownego wszędzie brak. Natomiast we wielu miejscach części odźwiernikowéj tworzy wierzchnią warstwę naciek drobnokomórkowy o różnéj grubości. Naciek taki znajduje się we wszystkich częściach żołądka i sięga przez tkankę międzygruczołową aż do błony podśluzowéj. Wskutek czego tkanka międzygruczołowa, zwłaszcza w części odźwiernikowéj, jest znacznie zgrubiała. Cewki gruczołowe (*Drüsenschläuche*) wydłużone, niektóre z nich w dolnéj części rozszerzone. Wypełnienie gruczołów treścią jest rozmaite. Gruczoły dna przedstawiają miejscami próżne przestwory, w których znajduje się tylko po kilka, bardzo dobrze (ciemno) ubarwionych i wyraźnych trój-czterobocznych eliptycznych komórek okółkowych (*Belegzellen*), zawierających jedno, dwa, lub trzy silnie zabarwione odgraniczone jądra, jak je opisuje Sachs[16]) (l. c.) dla prawidłowego żołądka. W innych częściach dna i w części wpustu zawierają gruczoły oprócz takich samych komórek okółkowych masę ziarnistą, blado ubarwioną, wśród któréj nielicznie zachowane jądra okrągłe wskazują, że pochodzą z rozpadu komórek głównych (*Hauptzellen*), których prawie wszędzie brak. We wielu miejscach całe pole widzenia zasiane tak jednostajnie rozpadłą masą z komórek głównych i naciekiem drobnokomórkowym, że kontury gruczołów są zupełnie zatarte. Wśród téj masy rozpadowéj znajdują się wszędzie licznie rozsiane, dobrze utrzymane komórki okółkowe o powyżéj opisanéj prawidłowéj postaci. Gruczoły zaś części odźwiernikowéj zawierają naciek drobnokomórkowy, a zamiast komórek głównych masę rozpadową ziarnistą. Warstwa podśluzowa przedstawia tkankę łączną, która najmniéj jest przy wpuście, a najsilniéj w części odźwiernikowéj naciekiem drobnokomórkowym wypełnioną. Badanie mikroskopowe wykazuje przeto naciek drobnokomórkowy międzygruczołowy, sięgający aż w błonę podśluzową, organizujący się w tkankę granulacyjną, rozpad komórek głównych wobec utrzymanych komórek okółkowych. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Elżbieta Bradley: O jodyzmie.

Rozebrawszy prace 340-tu autorów o tym przedmiocie podaje autorka następujące wyniki: 1. Jod zostaje pochłoniętym przez skórę, błony śluzowe i surowicze, zostaje przeniesionym drogą krążenia krwi, a wydzielanym przez gruczoły. 2. Rozmaite przetwory jodu nie przenikają jako takie błony nienaruszonéj, lecz pierwéj nastąpić musi ich przemiana, z powodu któréj jod się uwalnia. 3. W pewnych chorobach, szczególnie serca i nerek, gdzie istnieje chorobliwa nerwowa drażliwość, wywołuje jod działanie trujące, prawdopodobnie wskutek wzmożenia się czynności fizyjologicznych. 4. Objawy zatrucia występują jako zmiana czynności ustroju, szczególnie w miejscach mniejszéj odporności; występują one albo dopiero po dłuższem używaniu, albo już podczas leczenia i to nagle, albo powoli. 5. Do najczęstszych objawów należy nadmierne przyspieszenie tętna, które przytem jest słabem, a w cięższych przypadkach prawie znikającem. 6. Ciepłota ciała jednak bywa prawidłową, lub nawet niższą. 7. To przeciwne zachowanie się tętna i ciepłoty zdaje się, że jest następstwem zadziałania na środki nerwowe. 8. Zboczenia w krążeniu występują jako puchlina, która w lżéjszych przypadkach ogranicza się do powiek, w cięższych zaś zatruciach zajmuje całe ciało, nawet głośnię, płuca i mózg. 9. Krew i wytwarzanie się krwi jest zmienione. 10. Następstwem zboczeń w krążeniu są zmiany jakościowe i ilościowe moczu, białkomocz, zapalenie nerek i moczenie krwawe; poprzedza zmniejszenie się ilości moczu, albo bezmocz. 11. Zboczenia nerwowe przyłączają się do objawów niedokrewności lub przekrwienia mózgowego, występują jako drgawki mocznicowe, koma, hypochondryja lub ogólny niedowład. 12. Jako następstwo zboczeń w krążeniu występują w płucach: zapalenie oskrzeli, obrzęk, krwotoki, duszność, nieregularne oddechanie, bezdech. 13. Jako objawy zadziałania na układ nerwowy występuje brak łaknienia, nudności, wymioty, dolegliwości żołądkowe i jelitowe, biegunka lub zatwardzenie. 14. Odżywienie skóry jest zmienione; po skurczu naczyń włosowatych następuje bierne ich rozszerzenie; występować mogą najrozmaitsze postacie wysypki: rumień, pokrzywka, guzki, pęcherze, wybroczyny. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 3). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Garnier na podstawie 17 doświadczeń nad działaniem sulfonalu na umysłowo chorych, wychwala działanie nasenne tego środka, które występowało nawet i wtedy, gdy wszystkie inne leki nasenne zawiodły. Sen wywołany sulfonalem jest zupełnie prawidłowym. Jedyną wadą jego jest to, że u niektórych chorych wywoływał on zaburzenia w trawieniu. Również wychwala ten lek Pachoud i Claret (8 doświadczeń na umysłowo chorych), którzy nie spostrzegali wcale szkodliwych działań ubocznych. Dawka 2—3 grm. 1—2 razy dziennie. *(Annales med. psychol.* 1889, Nr. 2). *A. W.*

Patologija.

Englisch (Wiedeń): **O podwójnéj cewce moczowéj i o wrodzonéj przetoce prącia.**

E. rozróżnia trzy rodzaje „zdwojonéj cewki:“ 1) Istnieją rzeczywiście dwie cewki moczowe, z których każda osobno uchodzi do pęcherza moczowego, co zdarza się tylko u potworów zdwojonych, opatrzonych dwoma prąciami. 2) Na górnéj powierzchni członka znajduje się obok właściwéj cewki drugi przewód kończący się ślepo przy spojeniu kości łonowych. W przypadku E. istniało bez poprzedzającéj rzeżączki gwałtowne zadrażnienie przewodu, nie łączącego się z cewką, od czasu do czasu odnawiające się, które autor tłómaczy rozkładaniem się zatrzymanéj wydzieliny i leczył wstrzykiwaniami wody ołowiowéj i kwasu borowego. Nieprawidłowość tę uważa Luschka za przewód nieprawidłowo usadowionego płatu gruczołu krokowego, Klebs zaś uważa ją za spodziectwo *(Hypospadiasis)*, częściowo zagojone wskutek zlepienia się brzegów, podczas gdy E. uważa nazwę „wrodzona przetoka prącia“ za najodpowiedniejszą. Autor wskazuje praktyczne znaczenie tego zniekształtnienia, częste występowanie rzeżączki i trudność leczenia takich przypadków. 3) Tu należą fałszywie jako podwójna cewka oznaczane przypadki, które tłómaczymy sobie nadmiernem rozszerzeniem zatok Morgagniego; są to przewody równolegle do cewki przebiegające i od niéj tylko cienką warstwą oddzielone, które mogą się łączyć z hypospadyją lub nie, a mają one znaczenie tylko przy niedbałem lub niezręcznem wprowadzaniu cewnika. (*Wien. med. Presse*). *Dr. Baschkopf.*

Doc. pryw. Pawłow i Smirnow. **Odradzanie się trzustki u królika. (Doniesienie tymczasowe).**

Już przed 12 laty zauważył jeden z autorów bardzo szybkie odradzanie się trzustki. Obecnie zaś przerobili autorowie następujące doświadczenia: dwom królikom podwiązali przewód trzustkowy i zabili jednego po 30 dniach, a drugiego po 67 dniach po operacyi. U pierwszego uległa trzustka całkowitemu zwyrodnieniu włóknistemu, u drugiego zaś sekcyja wykazała istnienie nowego przewodu trzustkowego, otwierającego się do jelita i leżącego zupełnie oddzielnie od podwiązki. Spostrzeżenie to wskazywało oczywiście na odrodzenie się przewodu. Trzustka wreszcie rozwiniętą była zupełnie prawidłowo, co potwierdziło badanie nie tylko makro- lecz i mikroskopowe. (*Wracz*, Nr. 12, 1889). *A. W.*

Terapija.

Dr. Semeleder: (Meksyk): **O elektrolyzie.**

Polemika, jaką S. był zmuszony prowadzić w akademii meksykańskiéj w sprawie elektrolizy, stała się przyczyną, że autor spisał wszystko to, co mu o działaniu leczniczem wiadomo, w niżéj podanym zeszycie. Elektroliza ma na tkanki, ciecze w nich krążące tak samo działać, jak działa na wodę, rozkładając ją na pojedyńcze jéj części składowe. W ustroju ludzkim mają się z złożonych części składowych prawidłowych i chorobowych tworzyć nowe połączenia, ulegające łatwiéj wessaniu, rozkładowi, wydaleniu lub korzystniejszym przemianom wstecznym. Autor przechodzi pojedyńcze części ustroju, w których elekrolizę można skutecznie stosować:

1. Skóra: jako *epilatorium* wobec nadmiernego porostu włosów, przeciw brodawkom, przybłoniakowi, liszajowi, trądzikowi *(acne rosacea)*, przewlekłym zimnym ropniom, jako miejscowo znieczulający środek.

2. Nerwy — przeciw nerwo-bólom (tu wspomina autor o kataforezie Adamkiewicza).

3. Narząd oddechowy — w przypadkach polipu nosa, wola, duszenia się, wysięków opłucnowych.

4. Przewód pokarmowy — przeciw wrzodom języka, dla zniszczenia miazgi zębowéj przed plombowaniem, w przypadkach żabki podjęzykowéj, zwężenia połyku, przepuklin, wodunki, puchliny brzucha, guzów krwawnicowych.

5. Narząd moczo-płciowy — w przypadkach zwężenia cewki moczowéj, puchliny jąder, niezdolności płciowéj, wymiotów ciężarnych, w celu sprowadzenia przedwczesnego porodu, w braku miesiączki, w bolesnéj miesiączce, niedostatecznem zwijaniu się macicy, przeciw nerwobólom w miednicy małéj, włókniakom, torbielom i torbielakom, wysiękom zapalnym okołomacicznym.

Nadto w przypadkach tętniaków i żylaków, przeciw nadmiernie bujającym bliznom kostnym. Do każdego przypadku dodał autor literaturę i sposób zastosowania prądu elektrycznego. *(Wiener Klinik* 1888, Nr. 10). *Dr. Kraus.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Eulenburg (Berlin): **O objawach i leczeniu choroby Basedowa.**

Autor zwraca uwagę na dwa objawy ze strony oka, którym mało się zresztą poświęca uwagi w klinikach, a o których niektóre nawet dobre podręczniki (oprócz objawu Graefego) nie wspominają. Są to objawy Stellwaga i Moebiusa; pierwszy polega na tem, że chorym, dotkniętym chorobą Basedowa, brak siły samowolnego podnoszenia lub opuszczenia powiek, co utrudnia jeszcze suchość gałki ocznéj, drugi na tem, że zdolność zbiegania się osi ocznych *(Convergenzbewegungen)* jest osłabiona. Obydwa te objawy nie zdarzają się wprawdzie w każdym przypadku choroby Basedowa, nie są także wcale wielką rzadkością. W ostatnich latach (1883) zwrócili Francuzi pierwsi (Marie) uwagę na objaw, na który dawniéj wcale nie zwracano uwagi; który jednak, jak się obecnie pokazuje, ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Jest nim drżenie. Charcot nazywa ten objaw objawem głównym choroby Basedowa, mimo, że się go nie napotyka stale. Wzruszenia umysłowe powiększają to drżenie; bywa ono niekiedy ściśle rytmiczne.

Dwie chore, które prof. E. przedstawił, zasługiwały na uwagę z tego względu, że występowała u nich bez wiadoméj przyczyny od czasu do czasu biegunka, podczas któréj stolce były wodniste; nie towarzyszyły jéj żadne objawy inne ze strony przewodu pokarmowego, jak parcie albo bóle, żarłoczność, wymioty lub t. p.

Do przypadku opisanego jako unikat przez Oppenheima (patrz Przegląd Lek. 1888 sprawozd.), w którym się zeszły dwie choroby, tak chętnie przypisywane zmianom w nerwie współczulnym, choroba Basedowa i choroba Addisona, dodaje prof. E. jeden własny spostrzegany przez kilka tygodni za granicami Prus.

W r. 1887 wystąpił Moebius z teoryją, że choroba Basedowa nie polega bezpośrednio na zmianach w nerwie współczulnym, lecz że pierwotnemi są zmiany w gruczele tarczykowym, te dopiero są przyczyną dalszych zmian w nerwie wspomnianym, albo raczéj same wystarczają do sprowadzenia wszystkich objawów choroby Basedowa tak, jak wycięcie gruczołu tarczykowego ma sprowadzać grupę objawów, dających obraz choroby *myxoedema.* Prof. E. przytacza doświadczenia Munka, które téj teoryi zadały cios śmiertelny.

Leczenie choroby było i bywa jeszcze obecnie różne, stósownie do zapatrywania na chorobę, jakiem się lekarz kieruje. Nic więc dziwnego, że przetwory żelaza, środki nasercowe, i trucizny sercowe, między ostatniemi nawet atropin, duboisin, weratryn, daléj elektryzowanie miejscowe i ogólne, jod, elektrolyza, wstrzykiwania różnych leków do gruczołu tarczykowego (jod, ergotyn, kwas osmowy), wycięcie całkowite lub kawałka gruczołu, zabiegi rhino-chirurgiczne, odosabnianie, pobyt w górzystéj okolicy, wysoko nad poziomem morza położonéj (Stiller, patrz sprawozd. Przeglądu Lek.) 1888), leczenie zimną wodą, leczenie mleczne, głodowe i suszące, nie zdołały jeszcze zamknąć szeregu sposobów leczenia choroby, która nierzadko jest plagą nietylko chorego, ale i lekarza. (*Berl. klin. Woch.* 1889 Nr. 1, 2 i 3). *Dr. Kraus.*

Dr. Hoffman zbadał w klinice prof. Schreibera w Królewcu wpływ jaj surowych i gotowanych na wydzielanie białka

drogą moczu. Wielu klinicystów twierdzi, że w zapaleniu nerek nie należy podawać jaj, ponieważ wskutek tego zwiększa się ilość białka w moczu. Autor jednak na podstawie badań przychodzi do wniosku wprost przeciwnego, twierdząc, że zwiększenie białka w pokarmach nie zwiększa jego ilości w moczu nawet przy istniejącym już białkomoczu. (*Inaugural-Dissertation* 1889). *A. W.*

Choroby dzieci.

Doc. Mandelsztam: **Badania kliniczne nad działaniem małych dawek fosforu w krzywicy.**

Co do działania fosforu w krzywicy zdania są podzielone. Jedni, jak Monti, Lorey, Henoch, Baginsky i inni przeczą, jakoby fosfor miał jakiekolwiek znaczenie, a niektórzy z nich uznają go za szkodliwy, drudzy zaś, do których należą: Kassowitz, Bohn, Förster, Soltman twierdzą, że fosfor jest najlepszym środkiem w krzywicy i przypisują mu nawet specyficzne działanie w téj chorobie. Wobec tego nabiera znaczenia każdy głos w téj sprawie, oparty na znacznéj liczbie doświadczeń ściśle naukowych. Autor opiera swoje wyniki na badaniu 216 chorych dzieci w wieku od 3 miesięcy do 3 lat, przyczem do téj liczby nie zalicza 80 chorych, u których krzywica była tak słabo rozwiniętą, że z pewnością mogła ustąpić i pod wpływem innych środków. Fosfor podawał autor w dawkach 0·0005—0·001 *pro die* w rozczynie w tranie lub olejku migdałowym w ciągu od 1 miesiąca do 1 roku i więcéj. Z liczby 216 leczonych 120 wyzdrowiało, 43 odniosło znaczne polepszenie, u 30 polepszenia nie było, wreszcie u 23 zaprzestano wkrótce podawania fosforu wskutek pojawienia się innych chorób. Wychodząc z zapatrywania, że krzywica jest chorobą ogólną ustroju, zwracał autor uwagę nie tylko na takie objawy jak zanik kości czaszkowych, stan ciemiączek, szwów, skurcze krtaniowe itp., lecz również na długość ciała, objętość głowy i klatki piersiowéj i wagę ciała. Uwzględniając to, że materyjał autora składał się z dzieci, pochodzących z biedniejszych warstw społeczeństwa, gdzie zachowanie warunków higijenicznych w przeważnéj liczbie przypadków było wprost niemożliwem, odrzucić należy w danym razie wpływ pożywienia na przebieg choroby i przypisać go wyłącznie fosforowi. Na podstawie badań swoich przychodzi autor do następujących wniosków: 1. Badania kliniczne usprawiedliwiają w zupełności używanie fosforu w krzywicy. 2. Fosfor działa na samą sprawę chorobową lepiéj i prędzéj niż wszystkie inne środki. 3. Dzieci znoszą dobrze przez dłuższy czas minimalne dawki fosforu, który nie wywołuje żadnych ubocznych objawów. 4. Działa on dodatnio przeważnie na objawy nerwowe, towarzyszące krzywicy i polepsza stan ogólny chorego. Peryjodyczne mierzenia i ważenia dzieci, jak również objawy do kości się odnoszące świadczą, że w przeważnéj liczbie przypadków ustępuje krzywica pod wpływem fosforu. (*Wracz.* 1889, NN. 5, 7, 9, 10 i 11). *A. W.*

Chirurgija.

Prof. Réczey: (Budapeszt): **O podskórnych uszkodzeniach nerek.**

Uszkodzenia nerek bez znaków na powłokach skórnych nie są częste; uraz sprowadzający je bywa w takich razach tak gwałtowny, że uszkadza i inne narządy wewnętrzne jamy brzusznéj, a życiu kładzie koniec shock, sprawy zapalne otrzewny, ropnie, posocznica lub ropnica, nie rzadko włóknikowe zapalenia płuc mimo, że płuca wcale nie były uszkodzone. R. miał sposobność spostrzegać przypadek, w którym sekcyja wykonana dopiero w 22-gim dniu po urazie, wykazała pęknięcie nerki lewéj na 2 połowy, mimo że po spadnięciu jego nie wystąpiły żadne objawy „shoku,“ mimo że nie wykazano ani zaraz po przyjęciu do kliniki, ani nigdy potem wynaczynienia w okolicy tejże nerki lub gdzieindziéj na brzuchu. Po spadnięciu miał się chory przez kilka dni zupełnie dobrze, w dziesiątym dniu rozwinęło się włóknikowe zapalenie płuc, po skończeniu się takowego przyszło do rozlanego zapalenia otrzewny. Rozpoznanie za życia, sprawdzone sekcyją, opierało się jedynie na wywiadach i krwawem moczeniu. Razem ze statystyką Maasa zestawił R. 120 przypadków pęknięcia nerek, śmiertelność wynosiła około 50%. Zranionych było zaledwo 5 kobiet, wynika to z ich położenia społecznego. Przeszedłszy wszystkie objawy zranień nerek, cierpienia je wikłające i rokowanie, przychodzi R. do leczenia ich. W swoim przypadku zalecił tylko spokojne leżenie, zimne okłady w okolicę nerki lewéj, sporysz. Do operacyjnego zabiegu zachęcałby tylko w razie wielkich wynaczynień, w przypadkach ropienia i w przypadkach takich, w których na pewne wiadomo, że druga nerka jest zdrową. (*Wiener Klinik* 1888, *Heft* 11.) *Dr. Kraus.*

Ginekologija.

Bergman: **Wytworzenie się kamieni w jamie pęcherzo-pochwowéj po sztucznie wywołanem zarośnięciu pochwy.**

Sztuczne zarośnięcie pochwy sprowadzono sposobem Simona u choréj, u któréj wytworzyła się przetoka pęcherzo-pochwowa wskutek noszenia kółka macicznego. W 6 lat po operacyi zaczął wypływać znowu mocz przez pochwę przy silnych bólach pęcherzowych, a w szczelinie, w bliźnie wytworzonéj, widać było kamień. Po przecięciu blizny wyciągnięto z górnéj części pochwy 3 kamienie fosforanowe ważące razem 30 grm. Na brzegach przetoki wytworzyło się nadto oskorupienie. Wskutek choroby téj osoby, cierpiącéj na przewlekłe zapalenie nerek, nie dokonano ani oddzielenia oskorupienia, ani zaszycia pochwy. Chora wśród objawów przewlekłéj mocznicy wkrótce umarła. (*Centralbl. für Gynäk.* 1888, Nr. 50). *A. W.*

Lawson Tait: **Wyniki z drugiego tysiąca laparotomij.**

W 2-gim tysiącu obniżył się procent śmiertelności w porównaniu do 1-go 29,2% na 5,3%. Niedokończonych operacyj było 6, podczas gdy w poprzednim tysiącu naliczono ich 30. Wykonano 263 laparotomij dla wycięcia części przymacicznych z powodu ich przewlekłego zapalenia; śmiertelność 3,4% (przedtem 6%); niedokończonéj operacyi żadnéj; 148 w przypadkach włókniaków macicy śmiertelność 2,3% (przedtem 7%); 88 hysterektomij z 11,3% śmiertelności (przedtem 38,7%); 272 wycięć jajników 3,3% (przedtem 8,1%) itd. (*The British Medic. Journal* 1888, Nr. 17). *A. W.*

Choroby skórne i weneryczne.

Rand: **Przyczynek do leczenia rzeżączki cewki moczowéj.**

R. rozróżnia postać rzeżączki zakaźną i niezakaźną. W leczeniu rzeżączki ważną rolę odgrywa stan ogólny ustroju, oddziaływanie moczu (zbyt wielka kwasota itd.). Unika moczopędnych a chwali nadzwyczaj mleko. W okresie ostrym podaje osobom silnym środki przeczyszczające mineralne. Jeżeli oddawanie moczu jest bolesne, wtedy poleca skombinowane wewnętrzne podawanie wyciągu lulku i oleju santałowego. Jako środkowi wewnętrznemu oddaje pierwszeństwo olejowi santałowemu przed wszystkiemi innemi, zwłaszcza przy równoczesnem zapaleniu pęcherza. W ostrym okresie tylko wtedy R. pozwala wstrzykiwać, jeżeli ich drażniące działanie przewyższa wpływ leczniczy, a wtedy podaje najchętniéj rozczyny ołowiu i cynku, którym dodaje makowiec. Według R. występuje zapalenie przyjądrza pod wpływem leczenia wstrzykiwaniami rzadziéj, aniżeli przy wyłącznem wewnętrznem leczeniu. Leczenie rzeżączki uważa R. dopiero wtedy za ukończone, jeżeli nie widać już żadnych zmian w ujściu cewki (wypływu, zapalenia), jeżeli przez dłuższy czas nie można wykazać żadnego śladu śluzu i ropy w moczu. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, 1888, zeszyt 2).

Dr. Baschkopf.

Dr. Isaac (Berlin): **O leczeniu trądziku.**

Trądzik, choroba tak powszechna, tak na pozór lekka, jest jednak trudna do wyleczenia. Nacięcia, miesienie skóry, przepisy co do czystości jéj, zmiana w życiu, nacieranie najrozmaitszych maści niekiedy nic niepomagają. Zdarza się to szczególnie w takich rodzinach, w których można wykazać dziedziczną wadę w budowie gruczołów skóry; przewody ich są szerokie, wpada w nie pył, który drażni i sprowadza ograniczone małe ropnie w skórze. Dziwić się wobec tego wypada, że niektórzy lekarze doradzają swoim chorym, aby się nie myli wcale, rada wprost szkodliwa, która tylko sprawę chorobową podtrzymuje. Środki nasze zwalczające jako tako chorobę powinny polegać na tem, aby odciągały skórze nadmierną ilość soków, zwalniały unaczynienie; dotychczas są one wszystkie empirycznie wynalezione, a w pierwszym rzędzie

należy wymieniać przetwory naftolu i resorcyn; w klinice Lassara zapisuje się następującą pastę: Rp. *Naphtol. 10.0 Sulf. praecip, 50.0 Saponis viridis, Vaselini aa 20.0.* Codziennie zostawia się nasmarowaną pastę na ½—1 godziny, dopóty, dopóki skóra nie zacznie się łuszczyć. W uporczywych postaciach trądzika zaleca się bardzo pasta Oestreichera: Rp. *Pulv. cretae albae 5.0 B. Naphtol. Camphorae vaselini aa 10.0 Sapon. viridis aa 15.0 Sulfur. praecip 50.0.* Bardzo dobrą ma być według J. następująca formułka: Rp. *Resorcini, Zinci oxyd. Amyli aa 5 0, Vasel. flavi 10.0 Mf. pasta mollis.* Nie ulega dla J. wątpliwości, że i zachowanie się pojedynczych osób dyjetyczne i higieniczne dużo znaczą; nie szkodzi także pobieranie arsenu. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 37). *Dr. Kraus.*

Oberländer: (Drezno): **O zmianach na błonie śluzowéj pochwy u nierządnic, cierpiących przewlekłą rzeżączkę.**

Na podstawie badań elektro-endoskopijnych i patologiczno-anatomicznych rozróżnia O. różne rodzaje rzeżączki przewlekłéj u mężczyzn. Między innemi opisuje jedną postać, która się odznacza drobnemi, gęsto obok siebie ułożonemi naciekami błony śluzowéj i łączy się z zapaleniem gruczołków Littrego. Wskutek tego błona śluzowa ulega znacznemu zgrubieniu, staje się nadzwyczaj kruchą i bardzo łatwo zranieniu podlega. Otóż odpowiednio tym zmianom u mężczyzn znajdujemy na t. z. *carunculae myrtiformes,* jako też na fałdach cewki u nierządnic, cierpiących przez dłuższy czas na rzeżączkę, charakterystyczne obrzmienia. Nieznacznie z początku powiększone fałdy mogą późniéj wskutek przerostu dojść do rozmiarów wiśni. Jako drugi rodzaj przewlekłego zapalenia opisuje O. obrzmienie mieszkowate gruczołków Littrego, sprowadzające znaczne zgrubienie błony śluzowéj, która wtedy bywa suchą i pokrytą złuszczonym przybłonkiem. Chore części błony śluzowéj po długoletniem trwaniu choroby ulegają zniszczeniu, często razem z sąsiedniemi częściami ciał jamistych. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* 1888, zeszyt 1). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Doutrelepont (Bonn): **Liszaj żrący i gruźlica skóry.**

O ile D. wiadomem jest, nie spostrzegano dotychczas u jednego i tego samego osobnika równocześnie liszaja żrącego i właściwéj gruźlicy skóry. D. nietylko spostrzegał równoczesne występowanie tych dwóch postaci chorób skórnych, ale nawet widział u innego chorego trzy postacie gruźlicy skóry: liszaj żrący, *scrophuloderma* i właściwą gruźlicę skóry. W obu przypadkach można było wykazać objawy daleko posuniętéj gruźlicy narządów wewnętrznych. D. mógł nietylko wykazać prątki Kocha w wszystkich tych postaciach gruźlicy, ale udało mu się nawet wywołać przez zaszczepienie świnkom morskim mas z t. zw. *scrophuloderma* typową gruźlicę płuc, wątroby, śledziony i gruczołów chłonnych. Gruźlica skóry występuje najczęściéj dopiero następowo u osób dotkniętych znacznie rozwiniętemi suchotami. Ulubione miejsce usadowienia się gruźlicy skóry, t. j. otoczenie ust i otworu stolcowego, tak się tłomaczy, że przez te miejsca w bardzo znacznéj ilości wydostają się prątki gruźlicze razem z plwocinami, względnie z kałem, a znachodzące się tamże tak często nadżerki stanowią furtkę wtargnięcia prątków do skóry, przez co powstają najpierw guzki, przez rozpad których wytwarzają się wrzody. To bezpośrednie zaszczepianie jest zwykłym sposobem przenoszenia się gruźlicy, jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że zakażenie także powstać może drogą przerzutów t. j. przez dostanie się prątków wprost do krwi. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie uud Syphilis,* 1888, zeszyt 1) *Dr. Baschkopf.*

S. de Sanctis: **Przypadek dobrowolnego obumarcia wszystkich paznogci u obu rąk.**

S. spostrzegał tę chorobę u osoby 45-letniéj, dziedzicznie obciążonéj i nerwowo osłabionéj po gwałtownym napadzie padaczkowym. Autor przypuszcza możliwość istnienia związku przyczynowego pomiędzy nekrozą paznogci a cierpieniem nerwowem. Meynert, któremu o tym przypadku doniesiono, sądzi, że wielokrotne obumarcie paznogci przedstawia analogon do podbiegnięć krwi, które występują pod spojówkami po napadach padaczkowych, a które tłomaczymy pęknięciem naczyń spojówkowych. W powyższym przypadku wytworzyły się według tego zapatrywania wynaczynienia krwi wskutek pęknięcia naczyń odżywiających paznogcie. Wynaczynienia te zachowały się jak ciała obce pomiędzy paznogciem a łożyskiem jego i sprowadziły ich obumarcie przez przerwanie odżywienia. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Kaposi (Wiedeń) przedstawił na posiedzeniu tamtejszego Towarzystwa lek. **chorego, dotkniętego równocześnie kiłą i trądem.** Kiłę nabył jeszcze w r. 1884, trądu zaś nabawił się podczas swojéj podróży do Chin, Japonii i Australii, dokąd z Kamieńca podolskiego w celach handlowych wyjechał. Przez dłuższy czas nie wiedziano dokładnie, co choremu brakuje; w klinice prof. Neumana i Nothnagla leczono go jako chorego, dotkniętego kiłowem zapaleniem nerwu łokciowego i sprychowego wcieraniami z maści rtęciowéj, antipyrynem, antifebrynem i elektrycznością. Po przyjęciu go do kliniki prof. K., rozpoznano trąd u dotkniętego kiłą. Prof. K. przedstawia go jako niezwykły przypadek, w którym najpierw przyszło do zakażenia kiłą, a potem trądem, podczas gdy dotychczas tylko kilka przypadków jest znanych, w których zakażenia odwrotnym szły porządkiem. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 1). *Dr. Kraus.*

Choroby umysłowe.

Emanuel Régis. **O stosunku między niedołęztwem porażennem a kiłą.**

1) Kiła jest nadzwyczaj częstą u paralityków, autor znalazł ją na pewne w 70—76% tych przypadków, w których w ogóle dostateczne wywiady mógł zebrać. 2) Największa liczba paralityków okazywała obok kiły jeszcze wrodzone lub nabyte usposobienie do chorób mózgowych. Ostatnia okoliczność jest czynnikiem usposobiającym, kierującym chorobę właśnie na mózg, kiła zaś jest czynnikiem okolicznościowym, stwarzającym chorobę umysłową. 3) Porażenie kiłowe jest tylko porażeniem postępującem, od którego nie zbacza ani pod względem objawowym ani anatomicznym. Mimo to posiada porażenie kiłowe następujące cechy: a) częste występowanie objawów uwiądu a szczególnie porażenia mięśni ocznych na długi czas przed objawianiem się porażenia postępującego; b) pewne dość częste powikłania, jak czyraki, ropnie, monoplegije, wypadanie paznogci i t. d.; c) występowanie znaczniejszych remisyj i typu torowego; urojenia hypochondryczne z urojeniami wielkości. 4) Leczenie swoiste wcale nie lub tylko mało poprawia porażenie, co jednak nie przemawia przeciw kiłowéj przyrodzie, tylko tłomaczy się głęboko drążącemi i rozległemi zmianami zajętych tkanek podobnie jak w uwiądzie rdzenia pacierzowego, w którym kiła również odgrywa ważną rolę. 5) Zdarzają się jednak rzadkie przypadki, w których kiłowi, okazujący obraz porażenia, prędko wyzdrawiają pod wpływem leczenia swoistego a w takich przypadkach istnieją tylko czynnościowe zmiany, zaczem już przemawia szybkość ich znikania. Takie przypadki możemy nazwać *Pseudo-paralysis specifica*, podobnie jak mówimy o *Pseudo-paralysis toxica*, *Pseudo-tabes* i t. d. t. j. mamy mniéj lub więcéj wierny lecz szybko przemijający obraz niedołęstwa porażennego. (*Gaz. méd. de Paris* 1888 Nr. 23, 24 i 26). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 6-te z dnia 6-go marca 1889.

Przewodniczący kol. Paszkowski — członków obecnych 45.

1) Przewodniczący zdaje sprawę z postępowania Komitetu co do sprawy p. Czyńskiego. — Kol. Browicz wnosi, aby uprosić pisma polityczne o powtórzenie oświadczenia Komitetu co do téj sprawy, w téj formie, w jakiéj ono umieszczonem było w Przeglądzie Lekarskim.

2) Kol. Grabowski zdaje sprawę z czynności administracyjnych Przeglądu Lekarskiego. Do Komisyi kontrolującéj obrano Dra Cybulskiego i Schaittera.

3) Kol. Krokiewicz okazuje preparat jelit, pochodzących z osoby zmarłéj na zapalenie otrzewny. U osoby téj wykonał kol. Obaliński laparotomiję z powodu niedrożności jelit, wy-

wołanej rozlicznemi zrostami, które wytworzyły wielokrotne załamania jelita cienkiego. Mimo usunięcia zrostów na znacznéj przestrzeni i ukazania się stolców po laparotomii znaleziono przy sekcyi jeszcze zrosty ze ścianami miednicy małéj i trzonem macicy, wywołujące załamania i zagięcia jelita cienkiego.

4) Tenże okazuje preparat ciąży pozamacicznéj, prawdopodobnie początkowo trąbkowéj, usadowionéj po stronie prawéj, pomiędzy pęcherzem a jelitem ślepem. Przy sekcyi znaleziono w torbielu szczątki płodu a mianowicie kilka kości czaszki i kilka kości długich, z torbiela zaś prowadzą otwory do pęcherza i kiszki stolcowéj, świadczące, że po zropieniu płodu niektóre części tegoż drogami wyż wymienionemi na zewnątrz się wydostały.

W dyskusyi zabierają głos koledy: Madurowicz, w którego klinice chora była badaną, Gluziński, Browicz, Mars, prelegent i przewodniczący, na którego oddziale w szpitalu chora dłuższy czas leżała. Tenże wyjaśnia niektóre szczegóły z przebiegu choroby, a przedewszystkiem, że ciąża ta trwała około lat 5-ciu, gdyż chora sama twierdziła, że od tego czasu czuje guz w brzuchu i dobrze go lokalizowała. Następnie, że chora po dłuższym pobycie na oddziale żądała wypuszczenia; po niejakim czasie powróciła znowu, ale guz przez ten czas zmniejszył się tak znacznie, że zaledwie nad spojeniem łonowem wymacać go było można, prawdopodobnie więc w tym czasie nastąpiło wydalenie poprzednio zropiałych części płodu na zewnątrz. Ze stanowiska anatomo-patologicznego wyjaśnia kol. Browicz, że rodzaju ciąży oznaczyć dokładnie niepodobna, a tylko domyślać się należy, że była to ciąża trąbkowa.

5) Rozpoczęto dyskusyję nad odczytem kolegi Gluzińskiego. Zabierali głos kol.: prof. Rosner: „Nie mając własnego doświadczenia w sprawie omawianéj przez kol. Gluzińskiego, nie mogąc tem samem przyczynić się do wyświecenia sprawy, nie powinienem właściwie zabierać głosu; jeżeli to czynię, to dla tego, żeby uprosić szan. prelegenta o bliższe szczegóły, któreby ułatwiły zrozumienie związku, jaki zachodzić ma między zapaleniem śród- i osierdzia a rzeżączką. Już dawno mnie to uderzyło, że kiedy w każdym niemal podręczniku chorób wewnętrznych mowa jest o *Endocarditis*, zostającéj w pewnym związku z rzeżączką, to w dziełach traktujących choćby najobszerniej o chorobach wenerycznych o komplikacyi téj albo wcale mowy niema, albo jest tylko wzmianka bardzo pobieżna, z któréj domyślać się można, że autor o niéj wspomina dla dokładności, ale że jéj z własnego doświadczenia nie zna. Ja sam nie widziałem nigdy *Endo-* lub *Pericarditis* w przebiegu rzeżączki — w prawdzie badam u rzeżączkowych organa wewnętrzne tylko, jeżeli się równocześnie żalą na inne dolegliwości i podają symptomata, zniewalające lekarza do badania wewnętrznych organów, a takich właśnie chorych nie widziałem; nie przeczę, że mógł w długoletniéj mojéj praktyce zdarzyć się jeden lub drugi przypadek tak zwanéj *Endocarditis latens*, która chorym tak mało sprawia dolegliwości, że się chorzy dla niéj nawet nie radzą lekarza, ale takich przypadków zapalenia osierdzia w przebiegu rzeżączki zapewne nie było wiele. Dziwi mnie i to, że nie spostrzegłem *Endo* lub *Pericarditis* nawet w przypadkach rzeżączki komplikowanych zapaleniem stawow, a takich przypadków widziałem około 30-stu. W każdym takim przypadku bada się zawsze serce bez względu na to, czy się chory żali na jakie dolegliwości lub też nie. Raz tylko słyszałem w przebiegu zapalenia stawów połączonego z gorączką u rzeżączkowego szmer skurczowy w lewéj komórce obok rozszerzenia serca — przemawiało to za *Endocarditis*, ale szmer ten ustąpił w jakiś czas po ustąpieniu gorączki, serce wróciło do stanu prawidłowego, to też odstąpić musiałem od rozpoznania *Endocarditis*. Bardzo byłbym wdzięczny kol. Gluzińskiemu, gdyby chciał w téj sprawie dać bliższe wyjaśnienie a mianowicie: 1) w którym okresie rzeżączki zapalenie osierdzia się wytwarza; 2) czy przebieg tego zapalenia u rzeżączkowych różni się w czemkolwiek od przebiegu zapalenia osierdzia powstałego z innych przyczyn; 3) czy leczenie rzeżączki wywiera jaki wpływ na przebieg téj *Endocarditis*, a nareszcie, czy po zapaleniu osierdzia powstałem w przebiegu rzeżączki zawsze się wytwarza wada sercowa lub nie". — Następnie zabrał głos kol. Filipkiewicz: „Wśród bardzo wielu przypadków gośćca rzeżączkowego, jakie w przeciągu 8-miu obserwowałem, znam jeden tylko z powikłaniem choroby serca (obserw. wspólnie z prof. Korczyńskim). Dotyczy mężczyzny wyżéj lat 30 cierpiącego od lat kilku na gościec przeważnie stawowy rzeżączkowy. Badanie cewnikiem wykazało większą wrażliwość przy przeprowadzaniu tegoż przez *pars prostatica*; gościec tym razem wystąpił w formie *gonitis serosa sin. maj. gr.* Zajęcie pacyjenta połączone było z częstemi wyjazdami i dawało sposobność do przeziębiania się a tem samem i zaostrzenia procesu gośćcowego. W trzy lata potem wystąpiła bez wyraźnych objawów podmiotowych *Insufficientia mitralis.* Bardzo częstą formą gośćca na tle rzeżączki przewlekłéj, kataralnéj, lata trwającéj, jest *arthritis rheum. sicca*, która manifestuje się początkowo już to bez danéj przyczyny znużeniem w kończynach dolnych, nieokreślonemi bólami, zwłaszcza przy zasypianiu, lub miernym stopniem stężenia przy wstawaniu, które po chwili wśród ruchu ustępuje, wreszcie po dość długiem trwaniu tych objawów wybadać można w stawach, najczęściéj kolanowych, powierzchownie niezmienionych, charakterystyczne trzeszczenie. Jak wybitny związek istnieje między rzeżączką a gośćcem, poświadczy następujący przypadek: Pacyjent od lat 8-miu przebył gościec o formie róż[illegible]odnéj; po skonstatowaniu rzeżączki przewlekłéj zaleciłem pacyjentowi, ażeby po skończeniu kuracyi kąpielowéj stanowczo poddał się wyleczeniu rzeżączki, jako źródła całego cierpienia. Pacyjent po wydobrzeniu zgadza się; przesuwając cewnik przez *pars membran. ur.* wyczuć można było powierzchnię nierówną, ziarnowatą — cewnik wyciągnięty był krwią zbroczony. Wieczorem tegoż dnia wśród miernéj gorączki wystąpiło zaostrzenie procesu gośćcowego, a pacyjent zrażony pierwszą próbą wyjechał. Przytaczam ten przypadek jako dowód spójności między rzeżączką a gośćcem, a zarazem jako wskazówkę, że zabierając się do leczenia przewlekłéj rzeżączki lub następstw tejże, wśród towarzyszącego uporczywego gośćca, pacyjenta przestrzedz należy, że gościec wśród leczenia zaostrzyć się może." — Kol. prof. Korczyński powołując się nietylko na zdania autorów, ale i na własne spostrzeżenia, twierdzi stanowczo, że rzeżączka cewki moczowéj nietylko przez pośrednictwo zapalenia stawów rzeżączkowego, ale i wprost, t. j. obecności zmian w stawach, wywołać może i niekiedy wywołuje zmiany zapalne na osierdziu i wsierdziu, które to ostatnie mogą pozostawić po sobie trwałe wady zastawkowe. Zapalenie stawów w przebiegu rzeżączki nie uważa on jako zmianę swoistą, gdyż pojawić się ono może po zadrażnieniu cewki moczowéj przy wprowadzaniu cewników, zgłębników i t. p. Przyczyna tak zapalenia stawów jako też zmian zapalnych w błonach sercowych w przebiegu rzeżączki zdaje się polegać na tak zwanem zakażeniu mięszanem. — Kol. Docent Zarewicz zaznacza, że nie będąc na odczycie kol. Gluzińskiego, nie może wypowiedzieć swego przekonania co do przypadków przez kol. prelegenta przytoczonych, mniema jednak, że pytania postawione przez prof. Rosnera prelegentowi są słuszne, na które zapewne kol. Gluziński wyjaśniająco odpowie. Sam nie zauważył dotychczas żadnego przypadku zapalenia osierdzia lub wśródsierdzia w następstwie rzeżączki; może być, że powodem tego jest ta okoliczność, że nie zwrócił dotąd na tę sprawę chorobową dostatecznéj uwagi. W dalszem swem przemówieniu zwraca kol. Zarewicz uwagę, że co do gonokoków Neissera nie jest jeszcze stanowczo udowodnionem, aby gonococci były grzybkami patogenetycznemi rzeżączki. W przemówieniu swojem przytacza kol. Zarewicz liczne sprzeczności, jakie zachodzą między wynikami badań bakteryjologicznych a momentami etjologicznemi i klinicznemi co do rzeżączki i wypowiada w końcu swoje zapatrywanie, iż zdaniem jego gonococci Neissera, tak jak obecnie rzecz stoi, uważać raczéj należy jako mikroorganizmy towarzyszące rzeżączce, które na odpowiednio zmienionéj błonie śluzowéj korzystne warunki dla swego rozwoju znachodzą. Co do reumatyzmu rzeżączkowego odpowiada kol. Zarewicz, że w ogólności biorąc, nie należy on do częstych komplikacyj rzeżączkowych i że nieporównanie częściéj występuje on u mężczyzn niż u kobiet, a przychyla się do zdania tych autorów, jak to przed kilkunastu laty przy sposobności dyskusyi toczącéj się nad gośćcem rzeżączkowym zaznaczył, którzy nie tyle w saméj rzeżączce upatrują moment etjologiczny, ile w podrażnieniu cewki moczowéj. Nie każdy też reumatyzm, w przebiegu rzeżączki występujący, uważać należy za reumatyzm rzeżączkowy. W przebiegu reumatyzmu rzeżączkowego obserwował on kilka przypadków zapalenia tęczówki, nie przypomina sobie jednak na razie ani jednego przypadku zapalenia tęczówki bez reumatyzmu, któreby z powodu rzeżączki wystąpiło było. — Następnie przemawiali koll. Gross i Sroczyński.

6) Towarzystwo uznało na wniosek Komisyi przemysłowéj kakao wyrobu p. Tretera we Lwowie za polecenia godne.

8) Kol. Browicz okazał preparat mięsaka barwikowego pierwotnego opon mózgowych, który wytworzył przerzut prawie we wszystkich narządach wewnętrznych, oraz w kości udowéj, skutkiem czego przyszło do samoistnego złamania tejże kości. Rzecz ta ogłoszoną będzie w *Przeglądzie Lekarskim.*

W dyskusyi podaje kol. Walentowicz, że melanosarkoma pojawia się dosyć często u starszych koni, mianowicie siwych, które jako białe źrebiątka przyszły na świat, rzadziéj zaś nierównie u koni o jasnéj sierści, a prawie nigdy u czarnych. Nowotwór występuje w skórze lub tkance łącznéj podskórnéj, zkąd następnie dostaje się do gruczołów limfatycznych, płuc, wątroby, nerek i na błony surowicze, tworząc raz twarde, drugi raz miękkie, wielkie, czarne jak węgiel guzy, które wskutek mechanicznego działania lub zniszczenia ważnych dla życia narządów, przyprawiają zwierzęta o śmierć. U koni padłych znachodzi się melanosarkoma oprócz we wspomnianych narządach także na oponie miękkiéj mózgu w postaci czarnych plam lub prążków, lub też guzków, nieraz do wielkości orzecha laskowego dochodzących, szczególnie często na podstawie małego móżdżku usadowionych jako tak zwane melanoma. Ze względu na okoliczność, że melanosarkoma u zwierząt występuje tylko u koni białych, przypuścić trzeba, że brak barwika sierści stoi w przyczynowym związku z wydzielaniem się tegoż i powstawaniem nowotworu, Sekretarz *Dr. Bukowski.*

Komisya przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie Vte z d. 29 Maja 1889 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 7.

1) Przewodniczący przedkłada świadectwa zdrowia obory p. Niedzielskiego w Śledziejowicach.

2) Wobec nienadsyłania podobnych świadectw przez pp. Homolacsa z Gnojnika i Żeleńskiego z Gródkowic uchwalono przypomnieć im wykonanie ciążących na nich zobowiązań, jeżeli mleczarnie te mają i nadal pozostać pod kontrolą Kom. przem.

3) Kol. Jaworski zdał sprawę z wizytacyi fabryki wód mineralnych sztucznych pp. Rzący i Chmurskiego w dniu 20 maja b. r. Tak używane materyjały, jak i wodę studzienną przekroploną, sole i sposób wyrabiania znalazł zastosowane do wskazówek Kom. przem. Gotowe wody burzące pod względem przechowania, wejrzenia zewnętrznego i smaku okazały się bez zarzutu.

4) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prof. Obalińskiego o stanie fabryki opatrunków chirurgicznych p. Dobrowolskiego w Czarnéj wsi pod Krakowem.

5) Zastanawiano się nad sposobem napełniania wody gorzkiéj Morszyńskiéj i uwalniania takowéj od SH.

Sekretarz: *Doc. Dr. Gluziński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

W sprawie kas dla chorych.

Śród lekarzy wszystkich krajów koronnych austryjackich, szczególnie praktykujących na prowincyi, od pewnego czasu objawia się zaniepokojenie i obawa o przyszłość, która im się przedstawia w barwach bardzo ciemnych. Przyczyną tego zaniepokojenia prawie ogólnego jest ustawa z d. 28 grud. 1887 o ubezpieczeniu robotników w razie przypadku i w związku z nią będąca ustawa z dn. 20 marca 1888 r. odnosząca się do obowiązkowego zabezpieczenia się robotników na przypadek choroby, a która to ustawa miała wejść w życie już z dn. 1 maja r. b., chociaż do téj chwili u nas przynajmniéj jeszcze w życie nie weszła. Wedle téj ustawy istnieć mają t. zw. kasy dla chorych po powiatach, przy przedsiębiorstwach, budowach, stowarzyszeniach przemysłowych i innych stowarzyszeniach, kasy gwareckie itd. Do kasy należeć muszą wszyscy robotnicy oraz urzędnicy przemysłowi, których płaca wynosi nie więcéj niż 1200 złr. rocznie; mogą zaś należeć do kas powiatowych wszystkie osoby, jeżeli nie przekroczyły 35-go roku życia. Fundusz kas powstaje ze składek członków, które wynoszą 2—3% zarobku dziennego, z których atoli robotnicy płacą tylko 2/3, a ich chlebodawcy 1/3 część; osoby zaś uprawnione do należenia do kasy oraz urzędnicy przemysłowi płacą całe 2—3%; u ostatnich podstawą składki ma by płaca 630 złr. rocznie, czyli 2 złr. dziennie, a więc płacą oni 6 cent. dziennie, choćby nawet płaca ich wynosiła więcéj niż 1200 złr. rocznie. Z funduszów tak zebranych pewna część odłożoną zostaje dla utworzenia funduszu zapaswego, z reszty opędza się wydatki administracyjne i wsparcie dla chorych. Według § 6 bowiem członkowie kasy mają prawo otrzymywania od początku choroby bezpłatnéj pomocy lekarskiéj (położniczéj), jakoteż potrzebnych leków i środków lekarskich, a w razie, jeżeli choroba trwa nad 3 dni, za każdy dzień zasiłek w wysokości 60% średniego zarobku i to, jeżeli choroba pierwéj się nie skończy, najmniéj przez 20 tygodni; położnice otrzymają zasiłek przez 4 tygodnie, a w razie śmierci ubezpieczonego wypłacić należy osieroconym koszta pogrzebu w kwocie najmniéj 20-krotnego zarobku średniego; według § 8 zamiast bezpłatnéj pomocy lekarskiéj, leków i zasiłku pieniężnego ubezpieczony może być leczony i pielęgnowany na koszt kasy w szpitalu.

Szczegóły bliższe zawarte są w rozporządzeniach dodatkowych a zwłaszcza mieścić się będą w statutach dla kas ułożyć się mających przez magistraty i władze powiatowe na wzór statutu przez Rząd ogłoszonego. Dla braku miejsca szczegóły te pomijamy, jako zresztą lekarzy nie obchodzące bezpośrednio; natomiast wypada nam zastanowić się nad przyczynami owego zaniepokojenia, które ustawy te, same przez się tak zbawienne, wywołały pomiędzy lekarzami.

Nazwaliśmy ustawy w mowie będące zbawiennemi — czynią one bowiem zadość gwałtownéj potrzebie klasy biedniejszéj, zwłaszcza robotniczéj i stanowią minimum, z jakiem państwa nowoczesne występują, aby w sposób sprawiedliwy i ludzki liczyć się z potężnym ruchem socyjalistycznym, coraz natarczywiéj, jakkolwiek dotychczas po największéj części jeszcze na gruncie legalnym objawiającym się w całym świecie. Stan lekarski, który z biedą najlepiéj jest obeznany, a który ze wszystkich stanów i zawodów przywykł największe ponosić ofiary dla bliźnich, z pewnością nie miałby nic przeciw ustawom tym, gdyby one, starając się w części przynajmniéj przyjść w pomoc proletaryjatowi, nie groziły utworzeniem nowego proletaryjatu pomiędzy lekarzami. W gruncie rzeczy kasy dla chorych nie są wcale rzeczą nową: wszak i dawniéj one istniały w fabrykach, przedsiębiorstwach itd. a lekarze chętnie przyjmowali obowiązki w takich stowarzyszeniach; zdawałoby się więc, że obecnie, gdy takich związków będzie bezporównania więcéj, a tem samem nierównie więcéj posad lekarskich do obsadzenia, lekarze powinni raczéj być zadowolonymi, aniżeli zaniepokojonymi. A jednak rzecz się ma inaczéj. Pomijamy okoliczność, że dotychczas lekarz przyjąwszy obowiązki lekarza fabrycznego itd. miał do czynienia tylko z właścicielem lub przełożonym, a więc z człowiekiem w każdym razie inteligentnym, z którym układ zawarł; w przyszłości zaś w myśl statutów ma zależeć od zarządu kasy, w którym co najwięcéj 1/3 może mieścić się chlebodawców, a musi mieścić się 2/3 robotników, których głosy więc przeważają; tak mianowanie zatem, jako też stanowisko lekarza kasy zależeć będzie od ludzi niewykształconych. Pomijamy tę okoliczność dosyć ważną dlatego, ponieważ wobec tego, że mianowanie lekarza nie jest objęte ustawą, można, bez zmiany ustawy, postarać się, aby nominacyja wychodziła od władzy nadzorczéj, jaką jest władza powiatowa lub magistrat. Ale są obawy poważniejsze. Dotychczas wobec względnie małéj ilości istniejących kas dla chorych lekarz otrzymawszy posadę w stowarzyszeniu miał zabezpieczony dochód, skromny wprawdzie ale stały, bo nie było powodu wyzuć go z posady, dopóki sprawował gorliwie swoje obowiązki — a dochód ten uważając niejako za podstawę bytu nietylko nie obawiał się utraty praktyki prywatnéj, jeżeli ją już był wyrobił sobie, ale owszem zazwyczaj posadę w stowarzyszeniu uważał i słusznie za szczebel do uzyskania praktyki, jeżeli jéj jeszcze nie miał.

W przyszłości rzecz zmieni się na niekorzyść lekarzy. Im więcéj będzie kas dla chorych, a zwłaszcza, jeżeli wejdą w życie nietyko kasy fabryczne, przemysłowe, górnicze, ale i powiatowe, tem więcéj wprawdzie będzie posad dla lekarzy, ale tem mniejszą stanie się możność nabycia praktyki

prywatnéj po za obrębem tych stowarzyszeń, co jest rzeczą jasną, jeżeli się uwzględni, że oprócz robotników obowiązanych należeć do jednéj z kas, należeć mogą do nich i inne osoby; wielu więc takich, którzy dotychczas byli w stanie opłacać lekarza, zechce korzystać z praw służących członkowi kasy i względnie tanim kosztem w razie choroby mieć i pomoc lekarską oraz lekarstwa. A ponieważ każdemu prawie wolno przystąpić do stowarzyszenia, więc po upływie kilku lat wszyscy mieszkańcy mogliby być zabezpieczonymi, a lekarz na prowincyi mógłby tylko istnieć o tyle, o ile byłby lekarzem stowarzyszenia. Utrata pewnéj części dochodu, i tak już skromnego, grozi rzeczywiście lekarzom na prowincyi praktykującym; w miastach, zwłaszcza, większych, utrata ta byłaby mniéj znaczną, bo chory, mogąc wybierać pomiędzy lekarzami, nie będzie szczędził wydatku dla poratowania zdrowia i poszuka pomocy tego lekarza, do którego ma większe zaufanie.

Teoretycznie więc rzecz przedstawia się tak, że lekarz na prowincyi osiadły z czasem mógłby stracić prawie zupełnie praktykę prywatną i zamienić się w lekarza stowarzyszenia; powiadamy teoretycznie, bo nie przesądzamy przebiegu sprawy, a doświadczenie praktyczne będzie dopiero rozstrzygające. Tyle wiemy atoli, że główną podwaliną instytucyi powstać mającéj jest lekarz, od którego sumiennego i sprężystego pełnienia obowiązków zależy dobro, powodzenie, powiedzielibyśmy nawet, istnienie kas dla chorych. Dlatego bylibyśmy wolni od obawy o los lekarza na prowincyi, gdyby nie dwie okoliczności na uwagę zasługujące: gdyby uciążliwa praca lekarzy była wynagrodzoną w sposób odpowiedni i gdyby doświadczenie nie uczyło, że lekarze, starając się gorączkowo o zabezpieczenie bytu swego, nie szkodzili czasem sobie samym i stanowi lekarskiemu.

Ustawa zarządza w § 40, że kasa, która stale liczy mniéj niż 100 członków, ma być rozwiązaną; z czego wynika, że istnieć mogą kasy o 100 członkach. Dochód roczny takiéj kasy wynosiłby około 900 złr. z których należy pokryć koszta administracyi, zasiłki dla chorych, lekarstwa, względnie koszta szpitalne, a wreszcie płacę lekarza i akuszerki. Lepszy byłby stosunek, jakkolwiek i praca o wiele większą, jeżeli do kasy należeć będzie kilkuset członków, bo wobec dochodu, kilka tysięcy złr. wynoszącego, płaca lekarza mogłaby być wyższą. Kwestyja honoraryjum lekarskiego była też w licznych stowarzyszeniach lekarskich austryjackich omawianą i po największéj części zgodzono się, że dwojakiego rodzaju wynagrodzenie jest dopuszczalnem: albo ryczałtowe albo za każdą szczegółową wizytę lub naradę osobno; chociaż były i zdania, że ryczałtowe wynagrodzenie wykluczyć należy. Jako odpowiedni ryczałt uznano stopę $2\frac{1}{2}$—3 złr. od osoby rocznie, tak, że lekarz stowarzyszenia, liczącego minimum członków, pobierałby rocznie 250—300 złr., przy większych zaś kasach (liczących n. p. 500 członków) 1250—1500 złr. Jako honoraryjum za każdy szczególny przypadek uznano 40—50 kr., przy większéj odległości oraz w porze nocnéj 1 złr. Wogóle przeważało zdanie, że taryfy w rozmaitych krajach i okolicach powinny oznaczać stowarzyszenia lekarskie i ich sekcyje.

Poważniejszą jest obawa, aby lekarze na prowincyi niebezpieczeństwa, które im grozi, sami nie zwiększyli przez konkurencyję bezwzględą nieodpowiednią, przez licytowanie im minus. Obawę tę podzielamy w zupełności. Był czas, kiedy towarzystwo lekarskie starało się za pomocą memoryjałów wykazać krzywdę, systematycznie wyrządzaną lekarzom sądowym w Austryi przez utrzymanie zastarzałéj i stosunkom zmienionym wcale nie odpowiadającéj taryfy. Minister sprawiedliwości oświadczył wtedy w Radzie Państwa, że nie widzi potrzeby zmienienia taryfy, bo i na podstawie dotąd obowiązującéj znajduje zawsze lekarzy sądowych podostatkiem. Jak słusznem niestety było to oświadczenie Ministra, wynika ztąd, że zdarzają się przypadki, iż lekarze ofiarują sądom usługi swoje za połowę honoraryjum, i tak aż nadto niskiego, jakie przyznaje obecna taryfa. Tak samo lekarze mogliby kasom ofiarować usługi swoje za bezcen, aby tylko posadę uzyskać i tym sposobem szkodzić w pierwszym rzędzie sobie samym, następnie stanowi lekarskiemu a nawet instytucyi saméj! Na to niema innéj rady, jak ustanowienie taryfy przez Towarzystwa lekarskie i zobowiązanie wszystkich lekarzy, aby zastósowali się do takowéj. W takiem zobowiązaniu nikt nie mógłby znaleść nic zdrożnego, jeżeli tylko taryfa nie będzie za wysoką, bo bronić stanu całego, i to dla społeczeństwa tak ważnego, od upadku, jest rzeczą całkiem godziwą, a zresztą zapobieganie licytacyi in minus oddaje także zasługę samym stowarzyszeniom, którym zależeć na tem musi, aby miały sumienną opiekę lekarską. Wprawdzie zobowiązanie takie lekarzy byłoby tylko moralnem, bo Towarzystwa lekarskie nie mają egzekutywy, zwłaszcza wobec lekarzy nie będących członkami towarzystwa, ale spodziewać się należy, że wykroczenie przeciw taryfom, przez poważne grona lekarskie ułożone, należałyby do wyjątków, a zresztą mogłyby nad sprawą tą czuwać władze nadzorcze.

U nas ułożeniem taryf powinno zająć się Towarzystwo lekarzy galicyjskich we Lwowie, które przez sekcyje swoje nie równie więcéj może zdziałać na prowincyi w tym kierunku, aniżeli Towarzystwo lekarskie krakowskie, którego zakres działania ogranicza się prawie tylko do Krakowa.

Praktycznem okazałoby się może postępowanie takie, jakie polecono w stowarzyszeniach lekarskich dolno-austryjackich i styryjskich, aby Towarzystwo orzekło, że licytowanie in minus uwłacza godności lekarskiéj, aby następnie protokół téj uchwały w odbitkach przesłano wszystkim lekarzom w dwóch egzemplarzach z prośbą o zwrócenie jednego z podpisem swoim w dowód zgodzenia się i przystąpienia do uchwały.

Są i inne jeszcze okoliczności, które dają do myślenia. Tak n. p. wedle ustawy do kasy należeć będą robotnicy, ale tylko oni, podczas gdy żony i dzieci ich nie należą. Lekarz więc przyjąwszy obowiązki w stowarzyszeniu liczącem n. p. 200 członków zmuszony będzie opiekować się nie 200 ludźmi lecz przynajmniéj 5—600, bo zawezwany do członka kasy może dopiero na miejscu dowiedzieć się, że nie on, lecz żona lub dziecko pomocy potrzebują, a niepodobna pomocy téj odmówić; wiadomo zaś, że kobiety i dzieci częściéj pomocy lekarskiéj potrzebują, aniżeli mężczyzni w sile wieku będący.

Ze szkodą dla dochodu lekarza połączony także jest przepis, że każdemu, który nie ukończył 35 roku życia, wolno przystąpić do kasy bez względu na dochód i stosunki majątkowe.

Otóż i temu starały się zaradzić wnioski uczynione w rozmaitych stowarzyszeniach austryackich. Tak grono bardzo poważne — kolegium doktorów we Wiedniu — rozesłało towarzystwom lekarskim i jednostkom uchwały powzięte na posiedzeniu z d. 11 kwietnia r. b. zapraszając do wspólnego wystąpienia. Uchwały te są następujące:

1) Podstawą wynagrodzenia ryczałtowego ma być kwota 3 złr. rocznie od osoby, jeżeli kasa liczy przynajmniéj 500 członków.

2) Przy mniejszéj liczbie członków, których mieszkania zwłaszcza oddalone są od siebie, ma nastąpić wynagrodzenie za każdą czynność z osobna według taryfy (za wizytę w miejscu 50 ct., w odległości 3 kilometrów tam i powrotem 1 złr., za wizytę nocną honoraryjum potrójne, za pomoc chirurgiczną i położniczą wynagrodzenie według taryfy obowiązującéj przy kolejach państwowych).

3) Wystósować petycyję do Rady Państwa, aby

a) obowiązkowe ubezpieczenie na przypadek choroby rozciągało się i do rodzin robotników;

b) tylko takie osoby niżéj lat 35 mogły przystąpić do kasy, które nie mają więcéj dochodu aniżeli minimum ustawowe 630 złr.;

c) lekarze mianowani byli nie na 2, lecz na 5 lat i tylko przez polityczną władzę krajową.

Z wyjątkiem punktu ostatniego, o którym już powyżéj wspomnieliśmy jako bez zmiany ustawy przeprowadzić się dającym, a o przeprowadzenie którego grona lekarskie u władz politycznych starać się powinny, stanowczo jesteśmy przeciwni wszelkiemu odwołaniu się do Rady państwa, nie tylko dla tego, że szkoda czasu i atlasu na pisanie memoryjału, który żadnego skutku mieć nie będzie i nie może, ale także z innego powodu zasadniczego.

Ustawy, o których mowa, nie zostały wydane dla lekarzy, lecz głównie dla robotników, a t. zw. kasy nie istnieją dla lekarzy. Rząd i parlament poszły za przykładem innych państw, chcąc złagodzić przykre położenie klasy roboczéj. O lekarzach prawie wzmianki nie ma w tych ustawach, a wszelka zmiana w nich mogłaby nastąpić tylko w drodze ustawodawczéj; silnie zaś jesteśmy przekonani, że ani Rząd, ani Rada państwa nie zgodzą się na zmiany tak zasadnicze i niemożebne, jakich domagają się niektóre stowarzyszenia lekarskie.

Niemożebnem przedewszystkiem jest uczynienie zadość życzeniom, aby żony i dzieci robotników podlegały także ubezpieczeniu obowiązkowemu; pociągnęłoby to bowiem za sobą wydatek zwiększ ny, na który nie stać robotnika; ustawa stałaby się dlań ciężarem dotkliwym, a ma ona przeciwnie być dlań dobrodziejstwem. Wcale nieuzasadnionem jest żądanie, aby tylko osoby nie mające większego dochodu nad minimum ustawowe 630 złr. rocznie miały prawo przystąpienia do kas powiatowych; żądanie to tylko ze względu na kieszeń lekarza mogłoby być usprawiedliwione, a tu nie rozchodzi się o lekarza, lecz o robotnika i o to, aby przez przystąpienie innych osób istnienie kasy było zapewnione.

Również nie możemy dopatrzyć się powodu, dlaczegoby robotnicy, którzy popadli w chorobę z własnéj winy lub nieostrożności, nie mieli prawa do bezpłatnéj pomocy lekarskiéj, chyba dla tego, że lekarz kasy miałby więcéj do czynienia; ale tu znów nie rozchodzi się o pracę lekarza, lecz o dobro robotnika i ratowanie go w razie choroby, z jakiejkolwiek przyczyny wynikłéj. Zresztą czy lekarz, wezwany do chorego robotnika, zamieni rolę swoją na rolę sędziego śledczego i zamiast udzielić potrzebnéj pomocy, zajmie się sprawdzeniem istoty czynu, czy chory poniósł chorobę lub obrażenie w stanie upojenia, w bitce lub z innego powodu, a sprawdziwszy, przypuśćmy, że robotnik poniósł uszkodzenie w stanie pijanym, opuści chorego, nie udzieliwszy mu pomocy. Łatwo przewidzieć, jakie przez takie postępowanie wywoła się powikłania, kłótnie, nawet spory sądowe.

Wątpliwości te uwzględniło także stowarzyszenie lekarzy dolno-austryackich, które na posiedzeniu odbytem d. 23 maja uznało za słuszne uwagi sprawozdawcy i uchwaliło, aby stowarzyszenie na teraz zaniechało petycyjonowania, a po istnieniu kas przez 1—2 lat ponownie sprawę poddało dyskusyi, a wtedy dopiero starało się u Rządu, aby braki i niedostatki, które w praktyce dla lekarzy niekorzystnemi się okażą, wyrugowano z ustawy.

Reasumujemy uwagi nasze: Lekarze na prowincyi praktykujący znajdują się wobec ważnego przeobrażenia socyjalno-ekonomicznego, mającego na celu poprawę losu robotników, a mogącego wpłynąć niekorzystnie na byt materyjalny lekarzy. Przeobrażenie to atoli nastąpi powoli, a być nawet może, że nie okaże się szkodliwem dla stanu lekarskiego. W każdym razie, dopóki przesądzać nie możemy, jaki obrót sprawa weźmie w praktyce, byłoby przedwczesnem, a nadto bezskutecznem wystąpienie z żądaniem lub prośbą o zmianę ustaw, które jeszcze wcale w życie nie weszły; należy raczéj uzbroić się w cierpliwość, obserwować przez rok lub 2 lata, a późniéj dopiero na podstawie nabytego doświadczenia wystąpić. Natomiast należy starać się o uzyskanie tego, co bez zmiany ustawy otrzymać można, to jest, aby lekarzy mianowała władza nadzorcza, a nie stowarzyszenia same. Nierównie skuteczniéj atoli aniżeli wszelkie ustawy i przepisy, zdoła zapobiedz materyjalnéj klęsce stanu lekarskiego godne i koleżeńskie zachowanie się i postępowanie lekarzy samych. Przypuśćmy, że ustawy okażą się praktycznemi i trwałemi, że więc rzeczywiście nastąpi z czasem przeobrażenie praktyki prywatnéj na prowincyi w praktykę u stowarzyszeń ryczałtowo płatną, to przecież wysokość ryczałtu, a tem samem i dochodu lekarskiego zależeć będzie od godnego i zgodnego postępowania lekarzy, jak od gorliwości w pełnieniu obowiązków — tak jak dotąd — zależeć będzie suma dochodów lekarza, zwłaszcza, gdy ustawa przewiduje i przypuszcza możność łączenia się kilku kas w jeden związek, tak, że lekarz gorliwy mógłby pełnić obowiązki u więcéj niż jednéj kasy, a tem samem mieć dochód zdwojony lub potrojony. Jak wszędzie, tak i tu wobec przeobrażenia, na które się zanosi, okres przejściowy jest najtrudniejszy; tu działan e pospieszne najbardziéj jest przeciwwskazanem, bo największe można popełnić błędy. Dla tego sądzimy, że poważne grono, jako takie większéj używające powagi i bardziej niż jednostki przedmiotowo na sprawę zapatrujące się, powinno przyjść w pomoc lekarzom niespokojnym o przyszłość i wyręczyć ich wobec władz. Niechaj więc Towarzystwo lekarzy galicyjskich rzecz całą rozpatrzywszy należycie, ułoży taryfę i zarządzi, co uzna za stósowne i potrzebne, a nie wątpimy, że znajdzie względy u władz i posłuch u kolegów. Osobistość tegoczesnego przewodniczącego Towarzystwa, znanego ze znajomości rzeczy i wielkiéj sprężystości, daje nam rękojmię, że poprowadzi sprawę na korzyść kolegów, a nie wątpimy, że i Towarzystwo lekarskie krakowskie nie odmówi swéj pomocy, gdyby takowa okazała się potrzebną. *L. B.*

Engelmann (Kreuznach): **Czy może się gruźlica przenieść z osoby na osobę inną w tem samem pomieszkaniu?**

Mniemanie, że suchoty przenoszą się nawet drogą pomieszkań, jeżeli się kto sprowadzi do takiego pomieszkania, w którém już chory gruźlicą dotknięty umarł, nie jest zupełnie bezpodstawne, ba nawet o wiele starsze, aniżeli wiadomości nasze bakteryjologiczne i pojęcia o zakażeniu. Mniemanie to jest według E. szczególnie rozpowszechnione w okolicy fabryki szkła, w któréj jako lekarz fabryczny już od kilkunastu lat jest czynny, i w któréj ma sposobność spostrzegać niezliczoną ilość dotkniętych gruźlicą. Samo zajęcie usposabia robotników tamtejszych do gruźlicy — długotrwałe a częste dmuchanie — niemniéj także i to, że narzędzia służące do wydmuchiwania flaszek krążą z ust do ust. Wszelkie starania o przeprowadzenie desinfekcyi tych narzędzi nie doprowadzają do niczego. Najważniejszem jest, że udało się E. wykazać, jak dużo osób w ciągu 12 lat w jednem i tem samem pomieszkaniu umarło z powodu gruźlicy od chwili, kiedy pierwszy się wprowadził do pomieszkania robotnik ciężką gruźlicą dotknięty. Ewald, referując w tym samym numerze o pracy Corneta z zakładu Kocha: *Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Thierkörpers*, popiera zdanie Engelmanna, przytaczając wyniki, jakie otrzymał Cornet na zwierzętach przez zmuszanie ich do wdychania pyłu z sal szpitalnych, w których leżeli chorzy gruźlicą płuc dotknięci. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 1). *Dr. Kraus.*

VI. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 13 czerwca. W sprawie obchodzącéj stan i zawód lekarski wypowiedzieliśmy wyżéj zdanie swoje według najlepszéj wiedzy i w przekonaniu, że zachowanie i postępowanie przez nas wskazane w danych warunkach jest najodpowiedniejszem. Możemy się jednak mylić i dla tego, mając dobro stanu na oku, chętnie przyjmować będziemy uwagi, choćby sprzeczne z naszemi. Celem naszym było wywołanie dyskusyi publicznéj w sprawie tak ważnéj, na porządku dziennym będącéj i do niéj też zapraszamy zwłaszcza kolegów na prowincyi praktykujących, a stosunki miejscowe niewątpliwie lepiéj od nas znających.

* Jako ilustracyja obawy wyrażonéj w uwagach, powyżéj podanych nad kasami dla chorych, posłużyć może fakt, że w dzień po śmierci ś. p. Dr. Palecznego, lekarza policyjnego, 13 lekarzy zgłosiło się o opróżnioną po nim posadę, która dotąd nie jest systemizowaną, bo nieboszczyk pobierał tylko 200 złr. remuneracyi. Teraz dopiero zanosi się na systemizowanie posady z płacą 600 złr. rocznie, ale czy przyjdzie do podniesienia płacy wobec tłumnego ubiegania się o posadę, to wielkie pytanie.

* P. Fruchtmann, prowizor farmacyi z Królestwa, wyrabia w Krakowie kefir, który będzie do nabycia w aptekach i w ogrodach publicznych.

* W Krynicy było dotąd gości 249, w Cieplicach czeskich 1231.

* Prof. fizyjologii Ludwig w Lipsku mianowany został kawalerem orderu *pour le mérite.*

* **Wiedeń.** Umarł tu milijoner Andrzej Saxlehner, właściciel źródeł Hunyjady Janos w Budapeszcie. Przed 28 laty, zanim w winnicy jego odkryto źródło wody gorzkiéj, był skromnym handlarzem sukna.

† **Rosyja.** Psychijatra Dr. Diukow umierając zapisał towarzystwu psychijatrycznemu, którego był członkiem, 6000 rubli z zastrzeżeniem, ażeby odsetki z tego kapitału zostały użyte na coroczne wynagrodzenie lepszéj pracy rosyjskiéj z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych.

† **Włochy.** W r. 1888/9 było we wszystkich uniwersytetach 16.055 słuchaczy. Z tych 5498 przypadało na medycynę.

† **Holandyja.** Przypuszczono tu kobiety do egzaminów na pomocnice aptekarskie. W ostatnich czasach zdawało te egzaminy równocześnie 59 mężczyzn i 59 kobiet. Mężczyzn zdało 12, kobiet zaś 35.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Ministerstwo potwierdziło akt habilitacyjny Drów Antona i Metnitza (pierwszego z neuropatologii i psychijatryi, ostatniego z dentystyki). — **Berlin.** Dr. Noorden habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj. — **Praga.** Jako następca Soyki proponowany jest Dr. Hueppe z Wiesbadenu. — **Giessen.** Dr. Pappert habilitował się z chirurgii. — **Budapeszt.** Katedrę anatomii opisowéj ma otrzymać Dr. Thanhoffer, prof. w zakładzie weterynarskim. — **Lipsk.** Dr. P. Heyman habilitował się jako docent otijatryi i laryngologii. — **Dorpat.** Dr. Barfurth z Gietyngi wybrany został prof. anatomii porównawczej. — **Kazań.** Prof. fizyjologii Kowalewski obchodził jubileusz 25-letni zawodu nauczycielskiego. — **Genewa.** Prof. Karol Vogt obchodził jubileusz 50 letni zawodu nauczycielskiego.

* **Nekrologija.** D. 10 bm. umarł w Krakowie w 62-gim roku życia Dr. Józef Paleczny, lekarz policyjny. Nieboszczyk odznaczał się zacnością i skromnością, a jakkolwiek jako homojopata trzymał się zdaleka od ruchu naukowego, a nawet nie był członkiem Tow. lekarskiego, to jednak był kolegą sympatycznym i używał śród kolegów szacunku i poważania. — We Wiedniu umarł w 47 roku życia z udaru mózgowego nadzw. prof. chirurgii Dr. Ultzmann, zawołany specyjalista chorób pęcherza; pod Lwowem prymaryjusz szpitala izraelickiego Dr. Herman Witz, radzca cesarski i kawaler oderu Franciszka Józefa, oraz członek Rady miejskiéj.

Sprostowanie. W sprawozdaniu z posiedzenia Tow. lek. krak. w dniu 5 czerwca odbytego (Nr. 23 *Przegl. Lek.* str. 292) zaszła pomyłka, a mianowicie po słowach „że pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał", brakuje: w Krakowie ś. p. prof. Gilewski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 22 i 23 Zieleniewskiego: Rys balneotechniki. — W *Nowinach Lek.* Nr. 6: Chłapowskiego: Krótki pogląd na obecny stan rozpozn. chorób żołądka; Wicherkiewicza: O zaniku spojówki; tegoż: Zaćmy urazowe. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Pawińskiego: Strophantus, jego wpływ na serce; Bukowskiego; O wyłuszczeniu twardych guzów z macicy (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Ueber d. Verhalten einiger pathogener Bacterien im Trinkwasser (Odbitka z Archiv f. Hyg. IX) in 8-vo str. 14 — Dr. J. KOLIŃSKI (w Warszawie): Zur Lehre v. d. Wirkung d. Naphtalins auf d. Auge u. ü. d. sog. Naphtalinstaar (Odbitka z Graefego Archiv f. Ophthalm. XXXV) in 8-vo, str. 22 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę w dniu 19 czerwca w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne posiedzenie, na którem prof. Dr. Obaliński przedstawi dwa przypadki chirurgiczne ze swego oddziału.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 22 Czerwca 1889. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali

proff. Korczyński i Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

2. Drugi preparat wycięty za życia dotyczy przypadku: *Hypersecretio continua. Ulcus et stenosis pylori subs. gastrectasia. Gastroenterostomia. Sanatio.*

Izraelita C. z Berdyczowa lat 40. Od 18 lat przypadłości żołądkowe. Przed rokiem pojawiły się po pierwszy raz fusowate wymioty. Od tego czasu poczęły się dolegliwości żołądkowe silnie wzmagać. Chory przedstawił się nam przy badaniu tak wynędzniałym, że ważył tylko 32 kg. Aspiracyja czczego żołądka wykazywała po 4 litry cieczy o kw. 85, silnem oddziaływaniu na HCl. i kw. organiczne. Po czterotygodniowem leczeniu zwiększył się ciężar ciała do 43 kg. Pomimo to objawy rozstrzeni się nie zmniejszały, tak, że musiano codziennie żołądek jeszcze przepłukiwać. Przeto wykonał prof. Mikulicz [19]) d. 11/4 1886 gastroenterostomiję, przy któréj to sposobności na nasze życzenie wyciął kawałek błony śluzowéj. Po operacyi ważył chory 7/7 55 kg., 26/9 63 kg., a w styczniu 1887 r. 68 kg.

Skrawki błony śluzowéj przedstawiały następujący obraz mikroskopowy: Cała powierzchnia błony śluzowéj pokryta wysokim przybłonkiem wałeczkowym, tworzącym krypty, z których niektóre są torbielowato rozszerzone. Pod tą warstwą przybłonka znajduje się naciek drobno-komórkowy (w tkankę granulacyjną przechodzący), wciskający się do tkanki międzygruczołowéj zgrubiałéj. Wnętrze gruczołów wypełnione jednostajnie ubarwioną masą drobnoziarnistą. Tylko w niektórych gruczołach głębiéj leżących można jeszcze spostrzedz wśród téj masy niewyraźne lecz w regularne koła ułożone jądra, które każą się domyślać, że ta masa jest zbiorem komórek jądrzastych. Różnicy w jakości komórek gruczołowych dostrzedz nie można. — Mamy i w tym przypadku naciek drobno-komórkowy, organizujący się, rozpad komórek głównych; o zachowaniu się komórek okółkowych niczego powiedzieć nie można, gdyż wycięty kawałek należał do części odźwiernikowéj.

3. *Hypersecretio continua. Ulcus et stenosis pylori subsqu. gastrectasia. Gastroenterostomia. Sanatio.*

Izraelitka Feigel Płachta z Częstochowy, lat 45. Przed siedmioma miesiącami pojawiły się wymioty fusowate, a odtąd poczęły się przypadłości żołądkowe. Przyjęta do kliniki lekarskiéj 27/10 1887 okazuje znaczne wychudnienie; ciężar ciała 42 kg. W okolicy żołądka dają się dostrzegać od czasu do czasu silne ruchy robaczkowe. Obserwacyja kliniczna wykazuje: Żołądek stale treścią wypełniony. Od czasu do czasu wymioty, nawet po kilka razy dziennie. Ilość treści czczéj jako też wymiocin dochodzi do 1½ litra. Te ostatnie zawierają resztki pokarmów. Najwyższa kwasota treści żołądkowéj 60, oddziaływanie na HCl. wszystkiemi odczynnikami bardzo wyraźne, kw. mlekowego ślad, peptony bardzo wyraźne, trawienie sztuczne białka bardzo energiczne. Ilość moczu, kwasota i zawartość chlorków tak się obniżyły, że d. 12, 13, 14/11 ilość moczu na dobę wynosiła 400—500 cm ^{3}, c. g. 1·030—1·036, oddziaływanie stale alkaliczne, a chlorki badane azotanem srebrowym znikły zupełnie; wychudnienie postąpiło, a ciężar ciała spadł na 37 kg. W tym czasie wykazuje badanie na lewo od linii środkowéj w podżebrzu prawém guz. Dnia 16/11 1887 po otwarciu jamy brzusznéj przez prof. Rydygiera okazał się na krzywiźnie małéj guz dążący w kierunku odźwiernika, przedstawiający na zewnętrznéj powierzchni nierówności. Część tego guza, w przypuszczeniu, że jest nowotworem, została w celu zbadania wyciętą. Atoli badanie mikroskopowe uskutecznione w zakładzie patologicznym przez prof. Browicza wykazało tylko tkankę bliznowatą bez śladów nacieku nowotworowego. Operator przystąpił w dalszym ciągu do wykonania gastroenterostomii, przy któréj to sposobności dla celów mikroskopowych wyciął na nasze życzenie kawałek błony śluzowéj, któréj budowę niżéj podajemy. Chora po wykonaniu operacyi miała jeszcze kilka razy wymioty, a wymiociny z d. 18/11 przedstawiały płyn cisawy (od krwi) w ilości 200 ^{3} o kw. 50, dający tylko oddziaływanie na kw. solny i peptony, wobec braku kw. mlekowego i białka rozpuszczalnego. Chora usunęła się od dalszéj obserwacyi, gdyż w kilka dni po operacyi została zabraną z kliniki chirurgicznéj do domu.

Skrawki mikroskopowe z kawałka wyciętego przedstawiają następujący obraz: Z przybłonka powierzchownego tylko gdzieniegdzie widzieć można ślady ledwie rozpoznać się dające. Zewnętrzną warstwę błony śluzowéj stanowi we wielu miejscach naciek drobno-komórkowy, organizujący się w tkankę granulacyjną, drążącą w tkance międzygruczołowéj ku dołowi aż do błony podśluzowéj. Naciek drobno-komórkowy zajmuje miejscami znaczną przestrzeń, w któréj zaledwie tu i owdzie ślad

utkania gruczołowego wyśledzić można. Gruczoły same w ilości zmniejszonéj, przedstawiają się ścieńczone a wydłużone, przytem niektóre z nich w swym przebiegu pokręcone. Mniejsza część gruczołów zatrzymuje jeszcze wysłanie przybłonkiem wałeczkowym przejściowym, którego pojedyncze komórki ze sobą zlane po jądrach ziarnistych odróżnić się dają. Przeważna część gruczołów wypełniona jest tylko masą rozpadową słabo ubarwioną, wśród któréj znajdują się rozrzucone okrągłe nieco wyraźniéj ubarwione jądra, jako resztki rozpadłych komórek. Zawartość gruczołów zazwyczaj nie przytyka do ścian (*membraną propria*) tychże. W tym przypadku znaleziono jakościowo tę samą zmianę mikroskopową, lecz wyższego stopnia, niż w poprzedzającym, nadto przybłonek powierzchowny okazał się tu złuszczonym. Kawałek badany należał jeszcze do części odźwiernikowéj żołądka.

4. *Ulcus et stenosis pylori. Gastrectasia. Resectio pylori.* Nr. Dz. klin. z 26 z r. 1887/8.

L. Reglewicz, szewc, lat 36. Od 20 roku życia cierpi na bóle żołądka i wymioty. Wymiociny bywały także i fusowate. Od 2 lat stan choroby znacznie się pogorszył. Chory często zauważył wymiociny fusowate, a stolce czarne maziste; bóle pojawiały się po każdem jedzeniu wobec bardzo silnego łaknienia, pragnienia i zgagi. Ciężar ciała i siły znacznie opadły. Pacyjent przyjęty do kliniki dn. 25 października 1887 roku przedstawia znaczne wychudnienie; ciężar ciała $44\frac{1}{2}$ kg. W żadnym narządzie zmian wykazać nie można, z wyjątkiem żołądka, w którym utrzymuje się trwale pluskanie, obniżenie granicy dolnéj na dwa palce poniżéj pępka i ruch robaczkowy zewnętrznie dostrzegalny. Obserwacyja w klinice wykazała: W żołądku stale (i naczczo) zalega treść, która po kilka razy dziennie bywa wymiotowaną. Wszystkie odczynniki wykazują zawsze oddziaływanie na HCl., kwasota wynosi 50 lub nieco więcéj; trawienie sztuczne białka dokładne. Mocz w ilości zmiennéj 160—1300 cm^3 na dobę, c. g. 1·023—1·032, oddziaływanie słabo kwaśne, białka brak, chlorki zniesione. Ciężar ciała opadł ostatecznie na 42 kg. Chory poddaje się wycięciu odźwiernika dn. 22 listopada 1887, umiera jednak téj saméj nocy po operacyi. Sekcyja nazajutrz wykonana wykazuje jako przyczynę śmierci krwotok wewnętrzny. W żadnym narządzie makroskopowych zmian anatomicznych nie ma, tylko co do żołądka zawiera protokół sekcyjny następujący opis: „Błona śluzowa żołądka rozszerzonego znacznie jest zgrubiałą, w liczne fałdy poukładaną, nierówną, drobno-ziarnistą; miejscami większe nieco zgrubienia okazuje. Części odźwiernika i początku dwunastnicy brak z powodu wycięcia. Żołądek jakoteż jelita cienkie wypełnione treścią fusowatą". Mamy więc tu wybitną zmianę makroskopową na błonie śluzowéj w postaci *état mamelonné.*

Niestety nie badano żołądka mikroskopowo po śmierci. Natomiast kawałek błony śluzowéj z części odźwiernikowéj wycięty podczas operacyi przedstawiał następujący obraz mikroskopowy: Przybłonek wałeczkowy powierzchowny dobrze utrzymany, tak, że jądra komórek od pierwoszcza dobrze odróżnić można. Pod warstwą przybłonkową znajduje się gruba warstwa tkanki granulacyjnéj, która w szerokich smugach zdąża między pojedyncze gruczoły aż do dolnych warstw błony podśluzowéj. Pojedyncze gruczoły są wązkie i najczęściéj wydłużone. W ich górnéj części przybłonek wałeczkowy jest jeszcze dobrze utrzymany, w dolnéj zaś odgraniczenia komórek od siebie bardzo trudno odróżnić, a jądra w nich dostrzedz nie można. Błona podśluzowa przedstawia liczne rozszerzone przestwory naczyniowe wypełnione ciałkami krwi. — Mamy przeto i tu obficie wytwarzającą się tkankę granulacyjną i komórki gruczołowe w stanie rozpadu.

W powyższych czterech przypadkach wrzodu, przebiegających z trwałem nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, znaleziono tak makroskopowe (przyp. 1, 4), jakoteż mikroskopowe zmiany anatomiczne w częściach błony śluzowéj od wrzodu odległych, a mianowicie:

a) Zmiany nieżytowe makroskopowo dostrzegalne polegające na rozpulchnieniu i zgrubieniu błony śluzowéj z mniéj lub więcéj wybitną powierzchnią brodawkowatą (*état mamelonné*).

b) Naciek drobno-komórkowy powstający pod warstwą przybłonka łuszczącego się łatwo, organizujący się w tkankę granulacyjną i dążący od powierzchni przez tkankę między-gruczołową wgłąb do błony podśluzowéj, a mogący wypełnić nawet gruczoły trawieńcowe, co także i na wstępie wymienieni autorowie w swych preparatach spostrzegali.

c) Zwyrodnienie, a ostatecznie rozpad komórek głównych, podczas gdy komórki okółkowe (*Belegzellen*) tak co do jąder, jak i ich pierwoszcza w jak najlepszym stanie są utrzymane, na który to szczegół ze względów klinicznych i rokowania szczególną kładziemy wagę.

d) W miejscach, w których powyższe zmiany są daleko posunięte, zarysy pojedynczych gruczołów znikają, a zamiast nich znaczne przestrzenie są utworzone z nacieku drobnokomórkowego i masy rozpadowéj komórek głównych, wśród któréj znajdują się licznie porozrzucane dobrze utrzymane komórki okółkowe.

Toczy się więc w błonie śluzowéj miąższowa sprawa zapalna, a rozpadowa w gruczołach, które to sprawy są najwięcéj zbliżone do téj, jaką znajdujemy opisaną dla nieżytu żołądka u Ortha [18]) (str. 709) pod nazwą *gastritis proliferans*, która prowadzi do brodawkowatego wejrzenia błony śluzowéj, a nawet do *gastritis polyposa.* Nie można zaprzeczyć, aby przez nas powyżéj opisane zmiany mikroskopowe nie mogły jeszcze przejść w stan zbliżony do prawidłowego, jak długo naciek drobno-komórkowy nie jest jeszcze zorganizowany, zwłaszcza, że wyzdrowienia po wrzodzie okrągłym są częste, a po zabiegach operacyjnych przypadłości chorobowe szybko znikają. Zwykle jednak jak podaje Birch Hirschfeld [20]) (str. 831) jakoteż Orth [18]) (str. 710) ze stanu tego wytwarza się następnie *gastritis atrophica* wskutek rozwoju tkanki włóknistéj, który to rozwój doprowadza gruczoły, a z niemi i komórki do zwyrodnienia i zaniku.

III.

Dotąd przytoczyliśmy fakta kliniczne i anatomiczne. Pozostaje nam jeszcze wprowadzić je w związek przyczynowy ze sobą, i o ile to się da, na podstawie obecnego stanu wiedzy bliżéj wyjaśnić. Następstwem wyżéj przytoczonych zmian anatomicznych są zmiany w czynności żołądka, objawiające się trwałem i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Według powyż przedstawionych obrazów mikroskopowych i obserwacyj klinicznych należy przebieg zmian anatomicznych i czynnościowych trwałego wydzielania kw. żołądkowego w naszych przypadkach pojmować w następujący sposób:

1. Wskutek działania pewnych bodźców bądź zewnątrz, bądź wewnątrz błony śluzowéj istniejących, przechodzą najprzód komórki wypocinowe z błony śluzowéj przez przybłonek na powierzchnię tegoż, a wypocina ta ulega strawieniu z pozostawieniem tylko rozpadłych jąder w ogromnéj ilości pod mikroskopem w treści żołądkowéj dających się wykazać. Pod warstwą przybłonkową zaś tworzy się naciek drobnokomórkowy, obejmujący coraz głębsze warstwy tkanki między gruczołowéj, aż do błony podśluzowéj. Ustala się więc przewlekły stan zapalny czyli sprawa nieżytowa. Wskutek znacznego dopływu krwi przez naczynia rozszerzone do błony śluzowéj, czynność komórek głównych i okółkowych w gruczołach się wzmaga. Wydzielanie pepsyny, fermentu sernikowego i kw. solnego, ilościowo i jakościowo się zwiększa. W ten sposób obficie wydzielony nadmiernie trawiący sok działa niszcząco na same składniki morfotyczne gruczo-

łów. Mniéj wytrzymałe składniki, jakiemi są komórki **główne** ulegają wskutek podwyższenia siły trawiącéj powolnemu rozpadowi, podczas gdy komórki **okółkowe** w budowie i funkcyi swéj niezmienione z materyjału im obficie doprowadzanego z tem większą energią na podstawie właściwéj im czynności wybierają chlorki. Zużywają one chlor na wytworzenie kw. solnego, podczas gdy zasada (sód) przechodzi do krwi i alkalizuje ją, co jest przyczyną wydzielania moczu alkalicznego ubożejącego równocześnie w chlorki. Kwas żołądkowy wydzielony teraz obficie na powierzchnią błony śluzowéj staje się podnietą do podtrzymywania istniejącego stanu zapalnego. Mamy więc podniecone trwałe wydzielanie kw. żołądkowego na tle anatomicznem czyli **nieżyt kwaśny** (*catarrhus acidus**). Dążność nacieku drobnokomórkowego do wytworzenia tkanki granulacyjnéj, a w następstwie kurczącéj się tkanki łącznéj, sprawia w dalszym przebiegu, że tak naczynia błony śluzowéj, jak i gruczoły zostają zaciśnięte, dowóz odżywienia do komórek okółkowych zmniejszony, przez co i one poczynają ulegać zwyrodnieniu i zanikowi. Następstwem tego stanu jest, że nadmierne wydzielanie kwasu przechodzi w brak kwasu czyli nieżyt kwaśny w nieżyt śluzowy **), który mikroskopowo szczególniéj tem się odróżnia od kwaśnego, że w nim obydwa rodzaje komórek znajdują się w stanie rozpadu, tak, że różnica między komórkami głównemi a okółkowemi się zaciera. W miarę wytwarzania się tkanki łącznéj mieszki gruczołowe coraz więcéj zanikają i przychodzi do zastąpienia błony śluzowéj tkanką łączną, czyli do jéj zaniku (*catarrhus atrophicus, phthisis mucosae*). (Dok. nast.)

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Hlavy w Pradze.

Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska.

Napisali
A. Obrzut w Pradze i **J. Defay** z Brukseli.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Odmiennie zachowuje się treść naczyń, które nie mają ścian widocznych, a które ograniczone są tylko wielkiemi komórkami. Zrozumienie tych zmian, jakie tutaj napotykamy, wymaga omówienia zarazem owych wielkich komórek, które są najważniejszym składnikiem t. zw. *substantia compacta* części macicznéj łożyska. Otóż stosunek tych zatok krwionośnych i ich otoczenia, t. j. owych wielkich komórek, jest w ogóle taki, że czyni wrażenie, jakoby krew następowo dostała się pomiędzy nie i wytworzyła owe zatoki najrozmaitszych kształtów. Badając nieco bliżéj granicę między ciałkami czerwonemi a komórkowemi, znajdujemy tę granicę już to wyraźną, ciałka czerwone przylegające do komórek niezmienione, już to ciałka czerwone, przez opisane wyżéj ułożenie siatkowate hemoglobiny na ich obwodzie i między niemi, dały początek siatce, któréj oczka różnéj wielkości obejmują obrzmiałe leukocyty, a któréj włókienka przechodzą bezpośrednio w istotę międzykomórkową owych wielkich, często wrzecionowatych komórek, składających t. z. *substantia compacta*. Włókienka te często barwią się podobnie jak włóknik, a to oddziaływanie okazuje często i istota międzykomórkowa, znajdująca się między wielkiemi komórkami.

We krwi, która przedstawia te zmiany na granicy wielkich komórek, ilość ciałek białych jest zwiększona, jądra ich często okazują objawy t. z. **pośredniéj fragmentacyi**. Tem się tłomaczy, że oczka graniczne prawie wszystkie zawierają leukocyty. Na granicy saméj znajdujemy wszystkie możliwe przejścia od ciałek białych aż do owych wielkich komórek.

Zastanówmy się teraz nad następującym składnikiem istoty zbitéj, mianowicie nad owemi wielkiemi komórkami. Otóż komórki te słusznie można nazwać olbrzymiemi, jednak nie ze względu na ilość jąder, tylko na ich znaczne rozmiary. Tylko w niektórych łożyskach (ludzkich) znajdują się i prawdziwe komórki olbrzymie t. j. wielojądrowe, a liczba ich jest zawsze nieznaczna. Zwykle komórki te mają tylko po jednem jądrze. Tak pierwoszcze, jak i jądra ich przedstawiają wiele godnych uwagi właściwości. Pierwoszcze okazuje znaczne różnice w różnych łożyskach. Niekiedy pierwoszcze to jest bardzo delikatnie ziarniste, prawie jednolite i jasne, tak, że czyni wrażenie próżni, w innych razach jest i gruboziarniste, lub nawet delikatnie włókniste. W tym ostatnim przypadku można w tym delikatnie włóknistem pierwoszczu odkryć kontury odbarwionych ciałek czerwonych. Podścielisko więc tych ostatnich przyczyniałoby się do wywołania tego wyniku optycznego (delikatnych włókienek). Ale co jeszcze bardziéj może zakwestyjonować naturę czysto proto-plazmatyczną tych komórek, jest to okoliczność, że często na granicy zatok krwionośnych widzimy, jak ciałka krwi jednostajnie przemienione bez żadnéj granicy przechodzą w pierwoszcze również jednostajne, lub gdy treść naczynia uległa przemianie ziarnistéj, przechodzi bez żadnéj granicy w pierwoszcze tych wielkich komórek, również wtenczas ziarniste.

Również jądra tych wielkich komórek okazują liczne odmiany tak pod względem rozmiarów jako też ilości i ułożenia istoty chromatycznéj. W komórkach największych o jasném, prawie niewidoczném pierwoszczu znajdujemy zazwyczaj i jądra wielkie, a z chromatyny znajduje się tylko jedno lub dwa jąderka w środku jądra lub też przy osłonce, zawsze bardzo wyraźnéj. Jądra podobne, ubogie w chromatynę, znajdują się jednak i w komórkach o pierwoszczu ciemnoziarnistém lub włókienkowatém, ale zazwyczaj w komórkach takich jądra obfitują w istotę chromatyczną. Rozprószona ona jest w całem jądrze w postaci drobnych i większych ziarn i nitek bez żadnego widocznego ładu, niekiedy tak gęsto, że tylko gdzieniegdzie przeświecają jasne luki pomiędzy niemi. Często jąderka chromatynowe nagromadziły się na obwodzie jądra lub pewnéj jego części, resztę zaś jądra wypełnia drobnoziarnista połyskująca istota achromatyczna. Nigdzie nie spotykamy w tych jądrach figur karyjokinetycznych. Mimo tego przypuścić musimy, że w niektórych z nich przychodzić musi czasami do dzielenia, do bujania, lub przynajmniéj do odnowy jąder. Spotykamy bowiem jądra, których istota chro-

---

*) Odróżnienia trwałego wydzielenia kw. solnego na tle anatomicznem jako nieżytu kwaśnego, podanego już dawniéj (Jaworski, *Ueber den Zusammenhang zwischen den Störungen. Wien. med. Woch.* 1886 Nr. 49—52), od tego samego zboczenia, ale bez głębszych zmian anatomicznych jako sokotoku żołądkowego, dotąd niektórzy autorowie nie przyjmują, przypuszczając, że każde nadmierne wydzielanie soku żołądkowego polega na tle nerwowem. Do tych należy **Honigmann** (*über chronische continuirliche Magensaftsecretion. Münch med. Woch.* 1887 Nr. 48), a **Ewald**[18]) (str. 278) jest wprost przeciwny przypuszczeniu podstawy anatomicznéj twierdząc ogólnikowo, że przy zmianach nieżytowych kwas żołądkowy wydzielać się nie może. Niniejsze badanie anatomiczne dowodzi jednak istnienia nieżytu kwaśnego. — **) Przechodzenie nieżytu kwaśnego w śluzowy zauważane było już przez **Jaworskiego**[8]) a ostatniemi czasy spostrzegł je także **Klemperer** (*Ueber Dyspepsie der Phthisiker Berl. kl. Wochenschr.* 1889 Nr. 11).

matyczna przypomina karyjosomy i plasmosomy Ogaty[1]) i Lukijanowa[2]), Obok jąder zawierających tylko jedno jąderko, znajdujemy tuż obok w téj saméj komórce inne jądro, całe prawie wypełnione istotą chromatyczną. Jedno jądro pokrywa częściowo drugie, a w miejscu ich zetknięcia osłonka jednego lub drugiego jest wgnieciona lub przypłaszczona, lub jądro ubogie w chromatynę pokryte jest jakby czepkiem innem jądrem mniejszem, a bardzo wiele chromatyny zawierającem. Często także spotyka się jądra o dwóch błyszczących jąderkach większych, ułożonych na dwóch biegunach jądra. Reszta wypełniona jest bardzo licznemi ziarnami chromatyny połysku matowego i dla tego odbijającemi wyraźnie od dwóch jasno-czerwono połyskujących jąderek na biegunach. Osłonka jakiego jądra okazuje na dwóch przeciwnych stronach wręby, jakby dążność do przepołowienia jądra i do utworzenia, z każdéj części jądra zawierających jąderko dwóch innych jąder. Byłby to objaw bezpośredniego dzielenia. W środku tych olbrzymich komórek spotykamy w niektórych łożyskach gromadki jąder, 3—5 podłużnie owalnych, końce ich zlane z sobą w jednę masę i tylko ich bieguny zewnętrzne są widoczne, tworząc obraz rozetki. Niektóre jądra i to właśnie najobfitsze w chromatynę, czynią wrażenie jakichś składników pokurczonych, nieregularnych, zębatych na obwodzie, mających często postać ziarna kminkowego, lub jabłka kolczastego. (*Stechapfel, pomme épineuse*). Jądra takie albo są jedynemi w komórce, albo tuż obok nich jądra wielkie, owalne, z jednem lub dwoma jąderkami. Istota międzykomórkowa okazuje różną szerokość i różne własności, odpowiadające różnym warstwom istoty zbitéj. O genezie téj istoty uczyniliśmy wzmiankę przy opisie naczyń. Między komórkami znajdujemy w licznych miejscach szczeliny i zatoki wypełnione krwią niezmienioną, lub okazującą wszystkie fazy przemian już poprzednio przy treści naczyń opisanych. Z całą dokładnością można tu spostrzegać przemianę ciałek czerwonych we włókienka, okazujące często oddziaływanie włóknika, lub zabarwione jak hemoglobina. Takie szczeliny i zatoki są centrami, z których na wszystkie strony wychodzą wypustki, zagłębiające się pomiędzy sąsiednie komórki. Wypustki te grubieją w licznych miejscach, wypełniając przestwory wolne między komórkami. Gdy ta istota komórkowa jest bardzo wązka i przylega do pierwoszcza, czyni wtedy wrażenie osłonek dla tych komórek. Nie są to jednak osłonki, bo często między pierwoszczem a tą istotą międzykomórkową znajduje się wolny przestwór, a powtóre istota ta jest nieraz siatkowatą, a w jéj oczkach nie ma żadnych komórek. W tym ostatnim razie wytworzyło się podścielisko, ale żadne komórki.

Co do szczegółowéj budowy téj istoty międzykomórkowéj, to w niéj, jak wspomnieliśmy, można często wykryć kontury ciałek czerwonych, w dalszym przebiegu ślady tych ciałek się zacierają, a włókna te stają się jednolitemi lub delikatnie włókienkowatemi. Zamiast komórek znajdujemy często tylko jakąś istotę bardzo drobnoziarnistą, zupełnie identyczną z pierwoszczem komórek, a w istocie téj nie widać jądra lub gdzieniegdzie lekko obrzmiałe leukocyty. Jestto obraz identyczny z pewnemi zmianami, jakie w krwi naczyń spotykaliśmy; mianowicie gdzie hemoglobina ciałek czerwonych opuściła takowe i utworzyła siatkę, a ciałka czerwone odbarwione zlały się w jedną prawie jednolitą bezbarwną masę, która wypełnia przestwory w téj siatce. Przy badaniu bliższem leukocytów, jeżli takowe tutaj się znajdują, uderza nas najpierw ta okoliczność, że z nich widzimy tylko jądra obrzmiałe bez obwódki z pierwoszcza, owa masa prawie jednolita przylega bezpośrednio do jądra, gdzieniegdzie obwódka ta jest bardzo wąziutka i nieco ciemniejsza od masy ją otaczającéj. Gdy porównamy takie leukocyty ułożone w masie prawie jednolitéj, podzielonéj na wrzecionowate lub wieloboczne pola, z komórkami o wielkich obrzmiałych ubogich w chromatynę jądrach, mimowoli nasuwa nam się przypuszczenie, że drugie powstały z pierwszych. Często te postacie przejściowe leżą obok wybitnych. Te obrazy usprawiedliwiają przypuszczenie, że to, co nam się przedstawia jako protoplasmat owych wielkich wrzecionowatych lub wielobocznych komórek, jest także produktem krwi. Wszak widzieliśmy w tem pierwoszczu włókienka, ziarna, niekiedy kontury ciałek czerwonych, zmiany, które spostrzegaliśmy na ciałkach czerwonych i w świetle naczyń krwionośnych.

Pozostaje nam jeszcze omówić różnice, jakie pod względem budowy znajdujemy w różnych warstwach istoty zbitéj. Otóż powierzchnia jéj zewnętrzna, t. j. ta, którą przylegało łożysko do macicy, jest zazwyczaj pokryta szeregami ciałek czerwonych. I tu to można spostrzegać wszystkie przemiany, jakim krew ulega, dając początek owym wielkim komórkom. Daléj ku wewnątrz następuje warstwa wielkich komórek wielobocznych, owalnych lub wrzecionowatych. Gdy istota zbita jest nieco szerszą, to w miarę zbliżania się ku kosmkom łożyska płodowego, komórki te stają się coraz więcéj okrągłemi i maleją, natomiast wzmaga się istota międzykomórkowa, będąca w ścisłym związku i wychodząca z włókien zamykających tę warstwę od zatok naczyniowych międzykosmkowych. Włókna te ostatnie przebiegają równolegle, krzyżują się z sobą pod kątami ostremi lub tępemi, pozostawiają szczeliny wypełnione jużto masą bezbarwną jednolitą prawie, jużto komórkami wielkiemi i małemi zupełnie takiemi, z jakich złożona jest istota zbita. Pochodzenie tych włókien daje się łatwo wykazać z ciałek czerwonych. W téj to warstwie często znajdujemy rozległe masy siatkowatego włóknika, a włókna jego przechodzą bezpośrednio w włókna hemoglobinowe, jako takie dając się jeszcze rozpoznać, lub już odbarwione.

Obraz powyżéj naszkicowany odpowiada większości przypadków, które zbadaliśmy. Znaczne jednak wyjątki przedstawiają pewne łożyska. I tak w tych razach, gdzie istota zbita dochodzi do kilku milimetrów grubości, tylko najzewnętrzniejsze jéj warstwy składają się z owych wielkich komórek. W warstwach głębszych, t. j. bliższych ku wewnątrz, znajdujemy tylko istotę międzykomórkową w postaci siatki w bardzo nieregularnych oczkach, z których tylko niektóre zawierają owe wielkie komórki. Większość tych oczek jest albo próżna, albo jest wypełnioną istotą prawie jednolitą bezbarwną, w któréj czasami można spotkać leukocyty, lub czarno zabarwione kropelki tłuszczu. Siatka tu głębszych warstw przechodzi swemi włókienkami bezpośrednio w istotę międzykomórkową warstw powierzchownych, a oczka powoli przybierają kształty wielkich komórek W tychto głębszych warstwach siatkowatych bez komórek znajdujemy bardzo szerokie naczynia krwionośne o ścianach bardzo cieniutkich lub zgrubiałych, i naczynia zamknięte siatkowato lub jednolitą masą. Siatka owa miejscami zupełnie identyczna ze siatką hemoglobinową opisaną w naczyniach zdaje się z tych wielkich naczyń wychodzić, a okazuje często oddziaływanie włó-

---

[1]) *Die Veränderungen der Pancreaszellen. Archiv für Physiologie*, 1883. — [2]) *Beiträge zur Morphologie der Zelle*, tamże 1887.

knika. Co do tak zwanych przegródek łożyska (*septa placentae*) to ich budowa odpowiada zupełnie głębszym warstwom istoty zbitéj. Przeważa w nich istota międzykomórkowa nad komórkami, które są tutaj mniéj liczne i mniejsze, najczęściéj okrągławe. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Szteinhaus z Warszawy opisał przypadek (3ci w literaturze) ropnia, wywołanego u człowieka przez mikrokokus t. z. *tetragenes*. Zależność ta była udowodnioną hodowlą. Ropień rozwinął się u dziecka na dolnéj szczęce obok pruchniejącego zęba. Dotychczas jest to jedyny przypadek, gdzie stanowczo udowodniono, że *microcc. tetragenes* był przyczyną ropienia. (*Zeitschr. f. Hygiene* t. V). *A. W.*

Chemija lekarska.

Ze względu na to, że sposób Esbacha dla oznaczenia w przybliżeniu ilości białka w moczu jest niedokładnym, tak że w rozmaitych ciepłotach między 10°—15° C. rezultaty mogą się różnić nawet o 100%, poleca Christensen nowy sposób przez się wynaleziony. Mocz badany nalewa się do osobnego naczynia aż do pewnéj wysokości, oznaczonéj kreską, do wysokości 2-giéj kreski nalewa się rozczynu gumy arabskiéj i wreszcie do 3-éj kwasu garbnikowego. Otrzymuje się rodzaj zawiesiny. Wszystko to wylewa się do biuretki, któréj podziałki oznaczają praktycznie ilość białka w moczu *pro mille*. Pod tą biuretką stawia się na białym papierze pokreskowanym czarnemi linijami szklankę z wodą. Następnie z biuretki wkrapla się zawiesinę do téj wody, póki ostatnia nie stanie się o tyle nieprzeźroczystą, że nie można przez nią rozróżnić kresek. Ilość podziałek, które zajmowała ciecz wypuszczona, będzie oznaczać ilość białka w moczu. (*Virchows Archiv* t. CXV). *A. W.*

Patologija.

Wysokowicz: **Doświadczenia nad szczepieniem wyjałowionych krowianek (vaccinae) wąglikowych.**

Autor przerobił na owcach 3 szeregi doświadczeń. Jednéj grupie owiec wstrzykiwał wyjałowione krowianki, 2-giéj nie wyjałowione i wreszcie kilku owcom z każdéj grupy szczepił następowo jad wąglikowy w postaci hodowli w bulijonie. Wyniki były następujące: 1. We wszystkich 3 grupach podwyższenie temperatury było jednakowe. 2. Na 13-sty dzień po szczepieniu wprowadzono jad wąglikowy, poczem wszystkie owce 2-giéj grupy zostały przy życiu, w 1-széj zaś 5 padło. 3. W następnem doświadczeniu owcom 1-széj grupy szczepiono krowianki 2 razy i trzem z nich wprowadzono jad wąglikowy na 17-ty dzień po szczepieniu, przyczem wszystkie zostały przy życiu, 4 em zaś owcom z téj grupy wprowadzono jad dopiero po 25 dniach, wskutek czego 3 z nich padło. Wynika ztąd uogólnienie, że krowianki wyjałowione zwiększają w znacznie mniejszym stopniu odporność organizmu względem wąglika, niż nie wyjałowione. Tłomaczy to autor w sposób następujący. Odporność przy takich szczepieniach powstaje wskutek działania na ustrój produktów chemicznych bakteryj i to odporność tem większa, im dłużéj one działają. Przy szczepieniu krowianek wyjałowionych produkty te szybko dostają się do krwi i tam ulegają wkrótce rozkładowi. Przy szczepieniu zaś krowianek zawierających bakteryje, te ostatnie żyją przez pewien czas w pobliżu miejsca wstrzykiwania i produkty wytwarzane przez nie działają na ustrój przez czas dłuższy. (*Wracz* 1889 NN. 9 i 10) *A. W.*

J. H. Brik: (Wiedeń): **O moczeniu krwawem.**

Jeżeli krwawienie pochodzi z przedniéj części cewki moczowéj, wtedy krew ciągle z ujścia cewki się sączy i można ją palcami z cewki wydobyć. Jeżeli tylna część, t. j. część krokowa, krwawi, wtedy krew występuje razem z moczem, albo w początku, albo na końcu moczenia. Krwawienie we wnętrzu pęcherza można tylko wykazać przez dokładny rozbiór moczu, dokładne badanie pęcherza za pomocą kateterów i próby chłonnéj. Tę ostatnią wykonywa się w taki sposób, że wstrzykuje się słaby rozczyn jodku potasowego do pęcherza. Jeżeli błona śluzowa pęcherza jest zraniona, to pochłania część tego płynu, który można w kwadrans późniéj wykazać w ślinie. Jeżeli ta próba daje wynik ujemny, trzeba przypuszczać źródło krwawienia w moczowodach, miedniczkach albo nerkach. Nareszcie krew w moczu może pochodzić z całego narządu moczowego. Pytanie zachodzi co do przyrody krwawienia. Najbliższą przyczyną wynaczynień bywają zwykle zmiany w ścianach naczyń, albo w składzie krwi, albo zwiększone parcie krwi. Krwotoki z cewki występują w rzeżączce ostréj, w sprawach zapalnych i nowotworowych, w owrzodzeniach, szczelinach i żylakach cewki. Krwawienie w pęcherzu powstaje wskutek nowotworów, żylaków, kamieni, spraw gruźliczych błonicowych itd. Sprawy zapalne i nowotworowe nerek, jako też kamyki miedniczek sprowadzają krwawienie nerkowe. Krwawienie z całego narządu moczowego występuje w chorobach ścian naczyń krwionośnych, albo krwi w ogóle. Tak występuje hemoglobinuryja, jeżeli z pewnego powodu miało miejsce rozpuszczenie ciałek krwi, jak po użyciu pewnych trucizn, chloranu potasowego, po zadziałaniu różnych stopni ciepła, po oparzeniu i zamarznięciu. Ostatnia postać hemoglobinuryi nazywa się H. zimową lub napadową. Rokowanie w hematuryi zależy od choroby pierwotnéj. Leczenie jest 1) ogólne, t. j. spokój przy stosownem ułożeniu, zimno i leki. Z ostatnich najgłówniejszą rolę odgrywa sporysz i jego przetwory, których używa się wewnętrznie, podskórnie i w czopkach. Daléj bardzo godne polecenia jest kwas garbnikowy, ałun i przetwory żelaziste. 2) Leczenie miejscowe stosuje się do odpowiednich cierpień poszczególnych części narządu moczowego, które są siedzibą krwawienia. (*Intern. klin. Rundschau* 1888). *Dr. R. Spira.*

Dr. Pertik opisał jedyny zdaniem jego przypadek rozstrzeni żołądkowéj, która powstała wskutek zwężenia dwunastnicy. A mianowicie jeden z fałdów tejże uległ na odległość 12 ctm. od żołądka znacznemu powiększeniu, tak, że utworzył się ślepy worek, zwrócony otworem ku górze. Do tego worka nabrała się zawartość jelita i wywołała zwężenie. Część dwunastnicy po nad tym workiem była również rozszerzoną. (*Virchows Archiv* t. CXIV). *A. W.*

† Dr. Aristow zbadał wpływ lewatyw na przyswajanie azotu u ludzi zdrowych i cierpiących na zatwardzenie. Zbadał on pod tym względem 14 osób i przyszedł do wniosku, że ciepłe jednolitrowe lewatywy zwiększają u ludzi zdrowych przyswajanie azotu z pokarmów i ciężar ciała. Odwrotnie u ludzi chorych na zatwardzenie działają one niekorzystnie tak na przyswajanie azotu, jak i na ciężar ciała. (Dysertacyja. Petersburg 1889).

Farmakologija.

Niemeyer: **Ciężkie objawy zatrucia powstałe po wstrzyknięciu 0·03 chlorku kokainowego w dziąsła.**

Ponieważ nikt jeszcze nie zauważył ciężkich objawów po wstrzyknięciu podskórnem tak małych dawek (0·03), przeto N. ogłasza następujący przypadek: Kobieta 25-letnia, zdrowego wejrzenia, mieniąca się być słabowitą, zgłasza się do N. z prośbą o wyrwanie spruchniałego zęba trzonowego górnego. Ponieważ ekstrakcyja zapowiadała się trudną, przeto wstrzyknął N. 0·03 chlorku kokainy w dziąsła. Z początku działanie kokainy było normalne, po operacyi jednak stan choréj nagle się pogorszył. Z początku wystąpiły silne skurcze toniczne w obu rękach i ciężkość w odnogach dolnych, potem kurcze mięśni twarzowych. Stan ten poprawił się po zlewaniach zimną wodą. Wkrótce wystąpiło silne pragnienie, a po pewnym czasie dreszcze. Na chwilę zdawało się, że wszystkie objawy ustąpiły, gdy w tem nastąpił gwałtowny napad duszności, który dopiero po działaniu azotynu amylowego (amylnitrit) ustał. Napad taki duszności kilkakrotnie się powtórzył. Do wymiotów nie przyszło, jakkolwiek chora miała nudności. W końcu N. dodaje, że chora przed operacyją nie była wcale osłabioną, nie przepędzała nocy bezsennych, ani też sama choroba zębów bardzo jéj nie dokuczała; preparat był czysty i przedtem do 250 injekcyj bez podobnych objawów używany. (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde* 1889, maj, z. 6). *A. B.*

O **hydracetynie**, nowym leku przeciwgorączkowym i przeciw nerwobólom donosi Guttman na pos. Tow. lek. w Berlinie. Jest to biały proszek bez woni i bez smaku nieprzyjemnego,

który się łatwo rozpuszcza w wyskoku, w wodzie dopiero w stosunku 1:50. Ćwierć do $^1/_2$ grama, wstrzyknięte królikowi do jamy brzusznéj, zabijały go w krótkim czasie; sekcyja wykazywała jako jedyną przyczynę śmierci szybkie odtlenianie krwi. 0·10—0·15 *pro die* obniża gorączkę o $1^1/_2$—2° C., wywołuje zarazem obfite poty; obniżenie gorączki trwa 5—6 godzin. poczem ciepłota znowu wraca do dawnego stanu. G. doświadczał hydracetyny w przypadkach duru brzusznego, gruźlicy płuc, płonicy, róży, gruźlicy prosówkowéj posocznicy i w 8 przypadkach typowego gośćca stawowego. Działanie leku było stałe i pewne. W ostrym gośćcu już 0·05 znosiło bóle na parę godzin. W 2 przypadkach łuszczycy wcierano 10% maść przez 5 dni ze znakomitym skutkiem. W dwóch przypadkach rwy kulszowéj znosił ból na kilka godzin. Działanie jego odtleniające sprawiało, że po podaniu go zauważano nieraz zblednięcie twarzy. Dawki 0.10 *pro die* nie należy według G. dłużéj podawać niż trzy dni; po kilkodniowéj przerwie można znowu do niego powrócić. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 21). *Dr. Kraus* (Rzeszów).

Eschscholtzia californica. Ter-Zakarianz: *Eschscholtzia californica* jest doskonałym i zupełnie nieszkodliwym środkiem nasennym. W niektórych przypadkach działa on korzystnie jako środek ból kojący i przewyższa morfinę brakiem nieprzyjemnych wpływów ubocznych. Działanie jéj trwa jeszcze przez długi czas po zastosowaniu. Stosuje się wyciąg wyskokowy lub wodny w dawkach 2·5 do 10 0 na dobę według następujących formułek: 1) *Extr. spirit. eschscholtziae* 2·5—10·0, *spiriti sacch.* 30·0, *Syr. simpl.* 30·0, *MDs* 1—4 łyżek dziennie. 2) *Extr. aqu. eschscholtziae calif.* 3·0—12·0, *Infus. pect.* 100·0, *Syr. gummosi* 40·0, *MDS* 1—4 łyżki dziennie. 3) *Extr. aqu. eschscholtziae calif.* 250·0, *Syr. simplic.* 2000·0, *MDS.* 1—4 łyżki dziennie. 4) *Extr. spir. eschscholtziae calif.* 20·0, *Pulv. liquir. qu. suf.*, *Ut. f. l. a. pil.* Nr. 40, *DS* 5—15 pigułek dziennie. (Meżdunarodnaja klinika 1889, Nr. 1) *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Guelpa i Weber, doświadczając na zwierzętach leczenia tężca, otrzymywali zawsze dobre rezultaty, wycinając albo wyczyszczając dokładnie miejsce zakażone. Na podstawie swoich doświadczeń przyszli oni do następujących wniosków. Tężec jest chorobą zakaźną, którą prątki wywołują. Jednakże działają tutaj nie same prątki, lecz także ich wytwory chemiczne. Dlatego w leczeniu tężca należy uwzględniać trzy rzeczy: 1. Zniszczenie ogniska zakażenia wycięciem, wyskrobaniem lub wypaleniem. 2. Wydalenie z ustroju wytworów prątków, powiększając czynność narządów wydzielniczych środkami przeczyszczającemi, moczopędnemi i napotnemi i 3. Uspokojenie układu nerwowego wielkiemi dawkami chloralu. (*Bulletin général de thérapeutique* t. CXV). *A. W.*

Chirurgija.

Postempski: (Rzym): **O laparatomii wobec ran jamy brzusznéj.**

P. zastanawia się nad pytaniem, czy wobec ran jamy brzusznéj należy natychmiast przystąpić do laparatomii, czy należy czekać, aż wystąpią objawy zapalenia otrzewny. W ostatnim roku miał P. sposobność leczyć 20 przypadków ran jamy brzusznéj. Między niemi było 8, w których przez otwór w ranie wypadła sieć i prawdopodobnie były naruszone jelita, w 6 były jelita na pewne zranione, w 4 było oprócz jelit i krezka zraniona, raz była uszkodzona wątroba i pęcherz. Od chwili zadania rany aż do operowania upływało $^1/_2$—3 godzin. W 9 przypadkach był krwotok do jamy brzusznéj, w 3 wylał się kał nieznacznie do jamy otrzewny, w 3 dość obficie. W 11 przypadkach był tak silny wstrząs, że musiano podczas operacyi podtrzymywać siły chorego przez kilkakrotne wstrzykiwanie eteru i kamfory. W 19-stu przypadkach wykonano laparatomiję, w jednym nastąpiło wyleczenie bez laparatomii. Z 19 operowanych wyzdrowiało 16, umarło 3. Jeden umarł wśród objawów wstrząsu w 6 godzin po operacyi, pozostali dwaj z powodu ogólnego zapalenia otrzewny. Opierając się na tym materyjale, radzi P. we wszystkich przypadkach rany jamy brzusznéj bez zwłoki przystępować do laparatomii. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 21). *Dr. Kraus.*

Drowie Harsley i Spencer na podstawie doświadczeń nad małpami twierdzą, że krwotok z tętnicy oponowéj średniéj może być zahamowanym przez przyciśnięcie tętnicy domózgowéj. I dla tego radzą oni stosować to przyciskanie (albo nawet i podwiązanie) jaką pierwszą pomoc w apopleksyi. Środek ten jest o tyle dobrym, że w razie mylnego rozpoznania nie przynosi żadnéj szkody choremu. (*Wracz*, 1889, Nr. 10). *A. W.*

Prof. Kocher na podstawie 250 przypadków twierdzi, że usunięcie wola drogą operacyjną nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Z 250 operowanych umarło 6, 3 z nich miało wól złośliwy; jeden, u którego było powikłanie z chorobą Gravesa, z niewiadoméj przyczyny umarł nagle; 2 chorych umarło z powodu zatrucia etylenem o złym składzie. A więc z chorych posiadających wól zwykły, jakich było 225, nie umarł żaden. (*Correspond.-Blatt. für Schweizer Aerzte*, 1 i 2). *A. W.*

Prof. Th. More Madden leczy z dobrym skutkiem zapalenie pęcherza u kobiet szybkiem rozszerzeniem cewki moczowéj i wysmarowaniem całego pęcherza glicerynowym roztworem kwasu karbolowego. Dla znieczulenia używa przedtem 10% rozcz. chlorku kokainy. (*The Brit. Medic. Journal* 2 marca). *A. W.*

Okulistyka.

Dodatek do sprawozdania z pracy Dra. J. Kalińskiego pod tyt.: **Działanie naftaliny na oczy i o t. z. zaćmie naftalinowéj.**

Przedmiot ten autor obrał dla napisania inauguralnéj rozprawy, którą świeżo wydał w Warszawie (str. 97) objaśniając mikroskopowe wyniki swych doświadczeń litografowaną tablicą rycin, wykonaną w Lipsku (dlaczego nie w Warszawie?) Jestto praca obszerniejsza niżli artykuł drukowany w „Oftalm. Wiestniku", praca ukończona. Prócz rezultatów działania naftaliny na oczy, znajdujemy w niéj rozdziały o własnościach tego środka wogóle i wyszczególnienie doświadczeń, dokonanych na królikach (18), psach (5), świnkach morskich (5) i na myszach białych (3), które prędko ginęły, jak wogóle małe zwierzęta, wdechając pary naftaliny; u tych ostatnich rozwijały się: zapalenie spojówki, obrzęk jéj i światłowstręt, mające związek z wewnętrznem cierpieniem; takie same objawy obserwowano i u królików, a przeważnie u świnek; *oedema conj.* bywa tylko w ostrem otruciu naftaliną, w chronicznem nigdy. U psów, więcéj niżli u królików, od naftaliny powstaje łzawienie i światłowstręt, zwierzęta niedają się oftalmoskopować; *tapetum* traci u nich swój połysk. Na fig. 4 (cięcie przez soczewkę) widzimy falistość przedniéj torebki wskutek formowania się pod dolinami pustych przestrzeni, jam, wskutek zniszczenia podtorebkowych nowoutworzonych elementów, obok których widzimy wielokątne i pęcherzykowate utwory (*Bläschenzellen*); ztąd objawy astygmatyzmu soczewki w okresie przedzaćmowym. Kryształki tworzące się w przeźroczystych błonkach oczu w chronicznem otruciu naftaliną, jak się okazało z rozbioru warsz. prof. Lahorio, zawierają fosforan wapna. Fig. 2 przedstawia układ tych kryształtów w centralnéj części rogówki. Prąd odżywczych płynów oka kieruje się od naczyniówki ku siatkówce, daléj od c. szklanego do soczewki, a stąd do komórki przedniéj; ciecz wodnista wydala się przez transudacyję częścią przez rogówkę częścią przez wessanie przestrzenią Fontanny, kanałem Schlemma i przedniemi żyłami rzęskowemi. Że na przedniéj powierzchni rogówki takich zwierząt znajdujemy fosfor, że w szparach rogówki widzimy dość wielkie kryształki fosforanu wapna, dowodzi to, zdaniem kol. K., że i tędy wydala się z oka ciecz wodnista, bogata w fosforany. Jednak, dodaje autor, *oedema* w *limbus conjunctivae* na miejscu połączenia rogówki z białkówką, dowodzi, że tu głównie istnieje aparat filtracyjny przedniéj komórki oka.

Na zakończenie naszego sprawozdania z pracy kol. K-go, który przesyłając nam takową łaskawie raczył mnie nazwać swym „nauczycielem", muszę powiedzieć, że rozprawa czyta się z wielkiem zajęciem i widać z niéj, że autor stanął na wysokości swego zadania, znakomicie obznajomiwszy się z obranym przedmiotem. Życzymy mu. aby i nadal, posiadłszy dyplom Dra med., nie przestawał pracować w kierunku naukowym. Pożądanem byłoby, aby obecna inauguracyjna rozprawa, napisana w języku urzędowym, ogłoszona była i w języku ojczystym, do czego najlepiéj nadają się łamy „Pamiętnika Tow. lek. Warsz.".

Krótką biografią młodego okulisty podałem przed kilku laty w mojéj monografii p. t.: „Prof. Dr. Szokalski etc. na str. 123. *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Doc. Gradenigo (Turyn): **O pobudliwości nerwu słuchowego.**

Gr. podaje wyniki swoich doświadczeń nad pobudliwością nerwu słuchowego. Jeżeli przy przykładaniu jednéj elektrody na skrawek ucha *(tragus)* a drugiéj na kark występuje wrażenie dźwięku, wtedy mówimy, jak wiadomo, że oddziaływanie elektryczne n. słuchowego ma miejsce. Według Gradeniga jednak zwykle nie można spostrzegać tego oddziaływania u osób zdrowych nawet przy stosowaniu silnych prądów, podczas gdy słabe prądy są w stanie je wywołać w pewnych zajęciach narządu słuchowego i mózgu, bo w tych właśnie przypadkach pobudliwość elektryczna n. słuchowego jest zwiększona. Z spostrzeżeń autora wynika, że ta pobudliwość obok chorób narządu słuchowego jeszcze jest zwiększoną w chorobach wewnątrz-czaszkowych, z zupełnem nietknięciem czynności słuchowéj, a szczególnie w zapaleniach obustronnych siatkówki i brodawki u. wzrokowego, w guzach mózgowych, w ciężkich urazach głowie zadanych; za to brakuje wymienionéj pobudliwości w chorobach uwiądowych z zanikiem tarczy wzrokowéj i bez takowego, w samoistnym zaniku n. wzrokowego wskutek przewlekłego otrucia wyskokowego. W macinnicy i ostrem otruciu wyskokowem wyniki są odmienne, odpowiednio do rozmaitych właściwości danego przypadku. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, Nr. 10). *Dr. R. Spira.*

Położnictwo.

Prof. E. Pinzani (Bolonia): **O wpływie antipyryny na kurczliwość macicy.**

Gdy kilku autorów bardzo chwaliło antipyrynę jako środek przeciw bólowi podczas porodu i w połogu, wykonał P. kilka doświadczeń w celu przekonania się o wartości tego środka. Wyniki jego doświadczeń doprowadziły do następujących wniosków. Antipyryna nieznacznie tylko zmniejsza bóle porodowe i to kosztem zdolności macicy do kurczenia się i skracania, którą to zdolność obniża. Jeżeli wprowadza się ten środek podskórnie, działanie to objawia się po blisko 2 godzinach, po 4—5 godzinach zaś, jeżeli się go podaje przez usta. U osesków karmionych przez kobiety, które używały antipyryny podczas połogu, występowały objawy biegunki. W tych doświadczeniach podawał P. antipyrynę w dawkach 1—3 gramów dziennie lub też 1.0 co drugi dzień. Kurczliwość macicy po i przed podawaniem tego środka oznaczał P. przykładaniem ręki do powłok brzusznych przez kilka godzin lub za pomocą manometru, który był w związku z małym balonem gumowym, umieszczonym w jamie macicznéj. (*Internationale klin. Rundschau*, 1889, Nr. 9). *Dr. R. Spira.*

Bidder. **Haematometra lateralis. Powtórna laparatomia. Wytworzenie fistuły między macicą, a powłokami brzusznemi.**

Chora 34-letnia dziewczyna cierpiała straszne bóle podczas miesiączkowania, a w ostatnich czasach nawet i podczas menopauzy. Przy badaniu okazało się, że brzuch był znacznie powiększonym, a w nim można było wymacać guz zbity znacznéj wielkości, ruchomy w prawo i w lewo. Pochwa była długa i wązka. Autor rozpoznał fibromyoma macicy. Z powodu strasznych bólów, na które się chora skarżyła, przystąpiono do operacyi. Po otwarciu powłok brzusznych, przekonano się, że guz nie był zbitym nowotworem, lecz workiem o bardzo grubych ścianach, ściśle zrośniętym na całéj przestrzeni z jelitami. Skoro go przecięto, wyciekła zeń ciecz gęsta, cisawa; prawdopodobnie krew zmieniona. Wskutek silnych zrostów z jelitami nie można było wyjąć owego worka, dlatego wycięto tylko górną jego część i ranę zaszyto. Chora wkrótce wyzdrowiała, lecz nie na długo, bo już po 2 latach autor uznał za stosowne powtórzenie operacyi z powodu silnych bolów, podobnych do tych, które poprzedzały operacyję pierwszą, oraz z powodu wyraźnych oznak zapalenia otrzewny. Oczywiście, pierwotna dyjagnoza była mylną, a wszystko przemawiało za tem, że była to haematometra wskutek wysokiego zarośnięcia. Po powtórnem otwarciu jamy brzusznéj wycięto znowu kawałek tego worka o ścianach wyraźnie mięsnych, pokrytych obfitemi wynaczynieniami, brzegi tego otworu przyszyto do powłok brzusznych i założono dren. Chora wyzdrowiała wkrótce zupełnie i miesiączkowanie odbywało się prawidłowo, przy czem krew wydzielała się tak przez fistułę w powłokach brzusznych, jak i przez pochwę. (*Żurnał akuszerstwa i żeńskich boleźniéj* Tom III., Nr. 1). *A. W.*

Sołowjow. **Wywołanie poronienia przez zatkanie ciężarnéj macicy.**

Dobry środek wywołujący poronienie powinien przedstawiać następujące zalety: 1. pewność działania, 2. nieszkodliwość, 3. w wielu przypadkach szybkość działania i 4. naśladowanie prawidłowéj sprawy porodowéj. Dotychczas jednak nie ma takiego środka, dla tego też zasługuje na uwagę i sposób autora, przedstawiający zmodyfikowane połączenie niektórych już istniejących sposobów. Zastosowano go w 2 przypadkach: w jednym dla przyspieszenia poronienia i w drugim dla wywołania takowego. Drugi ten przypadek w krótkości przedstawia się tak: Chora 22 lat, wycieńczona, ciężarna od dwóch miesięcy, cierpiała na ciągłe wymioty. Bezskuteczność wszystkich środków farmaceutycznych zmusiła do wywołania sztucznego poronienia. Po wymyciu pochwy i przestrzykaniu szyjki macicy 1% rozczynem kreoliny wprowadzono do szyjki 4 tampony z waty wielkości grochu, przesycone rozczynem jodoformu w eterze. Na drugi dzień znaleziono te tampony w pochwie. Po obmyciu części płciowych wprowadzono znowu 5 tamponów aż po za ujście wewnętrzne. W dniu następnym wyjęto tampony, wymyto macicę i wprowadzono do niéj taśmę gazy. Wreszcie po upływie doby wyjęto stare tampony i wprowadzono 14 nowych do jamy macicy, a do jéj szyjki taśmę gazy. W kilkanaście godzin potem wśród bólów i krwotoku wyszło do pochwy zupełnie świeże, nie uszkodzone jajo płodowe. Chora wyzdrowiała szybko. (*Żurnał akuszer. i żeńskich boleźniéj*, T. III., Nr. 2). *A. W.*

Choroby skórne i weneryczne.

Lassar. **O poprawianiu blizn.**

L. wyskrobuje w liszaju żrącym, oparzeniach, rakowcach, w nadmiernem bujaniu ziarniny powierzchnie granulujące jakoteż przy brzegach rany tworzącą się warstewkę za pomocą małéj łyżeczki Volkmanna i to raz lub dwa razy na tydzień. W ten sposób osiągnął widoczne zmniejszenie się blizny, gdyż zbyt szybko bujające tkanki ujęto w odpowiednie granice, a przyskórek lepiéj mógł być użytym do pokrycia braku. (*Beil. z. Centr. f. Chir.*) *Dr. Baschkopf.*

Carleton: **Przeniesienie kiły za pośrednictwem śliny.** — E. Moffet: **Trzy przypadki przeniesienia kiły przez tatuowanie.** — Porter: **Zaszczepienie kiły z śliną.**

W przypadku C. przeniesioną została kiła przez tatuowanie. Operator znajdował się w trzecim okresie kiły. Tatuowany dostał dwa wrzody twarde na tatuowanych przedramionach. Dymienica pachowa uległa zropieniu, nim jeszcze miejscowe objawy na odnogach wystąpiły. Operator, jak na pewne stwierdzono, kilka razy napluł podczas zabiegu na przedramiona, prawdopodobnie, aby za pomocą śliny krew zetrzeć. Leczenie przeciwkiłowe tatuowanego zostało uwieńczone skutkiem.

Moffet: U wszystkich trzech chorych żołnierzy można było wykluczyć poprzednie zarażenie się; na miejscu tatuowania znajdował się typowy wrzód twardy, po którym nastąpiły objawy ogólne. Zadziwiającem jest we wszystkich tych przypadkach uderzająco długi okres wylęgania (około pięciu miesięcy), co M. tłomaczy przeoczeniem pierwszych objawów.

Portera przypadek jest następujący: Angielskiego żołnierza leczono w szpitalu w Dower z powodu dwóch owrzodzeń na lewem przedramieniu. W tydzień przed opuszczeniem szpitala tatuował go towarzysz, u którego kiłę rozpoznano. Wrzody na przedramieniu powiększyły się, nie okazywały dążności do gojenia, a ostatecznie były zupełnie podobne do wrzodów twardych. Gruczoły pachowe znacznie obrzmiałe i twarde. Chory podał, że żołnierz, który go tatuował, pluł kilkakrotnie podczas téj czynności na jego ramię, w które wcierał ślinę, aby zetrzeć krew. Chorego podano leczeniu przeciwkiłowemu z dobrym skutkiem. Kiła zarażającego została stwierdzoną w szpitalu, w którym tenże podał się leczeniu przeciwkiłowemu. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Brison i Burnett. **Przyczynek do patologii i terapii rzeżączki u mężczyzn.**

Na podstawie 1314 obserwowanych przez się przypadków przyszli autorowie do następujących wniosków: 1) rzeżączka jest niewątpliwie chorobą swoistą; 2) istotnym czynnikiem etiologicznym jest gonococcus Neissera; 3) leczenie poronne jest o tyle bezskutecznem, o ile szkodliwem; 4) w pierwszym i drugim okresie rzeżączki jest leczenie miejscowe przeciwwskazanem; 5) choroba ma wybitną dążność do przejścia w stan chroniczny; 6) dążność ta zdaje się zwiększać wszędzie tam, gdzie w pierwszym i drugim okresie rzeżączki uciekano się do leczenia miejscowego; 7) t. zw. „systematyczne“ leczenie w połączeniu z odpowiedniemi środkami hygienicznemi jest najlepszym środkiem, skracającym znacznie przebieg choroby; 8) do leczenia miejscowego należy udawać się tylko w trzecim przewlekłym okresie. Co się tyczy 2° punktu, to Dr. Dumesnil wskazuje na to, że sam Neisser na 143 przypadków rzeżączki przewlekłéj u mężczyzn znalazł gonokokki tylko w 80, a Schwartz na 79 przypadków tylko w 36 (*St. Louis Med. and Surg. Journal* 1888). *A. W.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Otrzymaliśmy następujące pismo:

Szanowna Redakcyjo!

W sekcyi chirurgicznéj V Zjazdu Lekarzy i Przyrodników we Lwowie przyjęto z wielkim zapałem wniosek mój dotyczący urządzenia Zjazdów chirurgów polskich. Obiecałem wtenczas, że wypracuję projekt statutu takich Zjazdów, który niniejszem po porozumieniu się z kol. prof. Obalińskim przedkładam, prosząc sz. Kolegów o wyjawienie swego zdania może już teraz; w każdym razie pierwszem zadaniem przyszłego Zjazdu będzie przedyskutowanie i przyjęcie statutu.

Pozwolę sobie kilka uwag dorzucić do tego projektu.

Przyszłe Zjazdy chirurgów różniłyby się zasadniczo od zwykłych naszych zjazdów lekarskich i przyrodników tem, że nie byłoby wcale żadnych przyjęć uroczystych ani wycieczek, a czas Zjazdu obracalibyśmy cały i zupełnie na zajęcia i prace naukowe, jak to widać z proponowanego podziału godzin. Rozumie się, że wcale nie myślimy wykluczać pogawędki koleżeńskiéj wieczorem w jakiéj obszerniejszéj sali, w restauracyi.

Proponuję tylko dwa dni Zjazdu sądząc, że każdemu z nas łatwiéj oderwać się na tak krótko od zwykłych swoich zajęć; zresztą czas ten należycie wyzyskany wystarczy na wygłoszenie bardzo cennych prac i przedstawienie ciekawszych przypadków.

Tuszę sobie, że rozprawy Zjazdów ogłaszane drukiem dadzą może początek poważnemu polskiemu archiwum chirurgii. Dla tego też nie uważam wkładki 10 złr. za zbyt wysoką, bo nie chciałbym, żeby nasze wydawnictwo było kiedykolwiek krępowane względami finansowemi, a przewiduję, że dość liczne ryciny, jakie nieraz są nieodzowne, a przynajmniéj korzystne, wymagać będą znacznego nakładu; dla braku środków nie chciałbym zaś opuszczać rycin lub liczbę ich uszczuplać.

Nie obawiam się nareszcie wcale zarzutu, że siły nasze są jeszcze za skromne, żeby tworzyć osobne zjazdy chirurgiczne. Naliczyłem około 40 kolegów poświęcających się wyłącznie lub prawie wyłącznie chirurgiją, znajdzie się daleko więcéj niż drugie tyle kolegów, których chirurgija bardzo żywo obchodzi, jak n. p. Koledzy lekarze wojskowi. Liczę też na udział ginekologów, których pole działalności tak często z naszem się schodzi. A zresztą każdy lekarz, którego chirurgija zajmuje będzie mile widzianym uczestnikiem.

Tak więc mam niepłonną nadzieję i mocne przekonanie, że Zjazdy nasze będą miały świetne powodzenie i przyczynią się nietylko do rozszerzenia wiadomości o nowszych zdobyczach na polu chirurgii pomiędzy ogółem naszych Kolegów, ale niepomierne przyniosą korzyści nauce i dowiodą, że i na tem polu umiemy pracą samodzielną przyczyniać się do postępu nauk.

W końcu ośmielam się prosić Kolegów, ażeby jako termin pierwszego naszego Zjazdu raczyli przyjąć czas otwarcia nowéj kliniki chirurgicznéj w Krakowie. Gmach okazały stoi gotowy i zaczynamy już pracować około urządzenia wewnętrznego, które z pewnością będzie odpowiadało wszelkim wymaganiom nowoczesnym nauki. Byłoby to prawdziwym zaszczytem dla nas, gdyby życie i praca w nowym tym zakładzie rozpoczęło się od I. Zjazdu chirurgów polskich. Spodziewając się, że Koledzy na prośbę moję się zgodzą, proponuję dn. 16 i 17-go października jako czas pierwszego naszego zjazdu. Wiem, że wyszukanie czasu dla wszystkich dogodnego jest nadzwyczaj trudnem w naszych stosunkach, ale gdzie jest zapał i dobre chęci, tam nic nie przeszkodzi, żeby na dwa dni wybrać się do Krakowa. *Prof. Rydygier.*

Upraszam zgłaszać się z wykładami na ten raz wyjątkowo do mnie i to aż pod koniec września, ja zaś podam zapowiedziane temata do ogólnéj wiadomości w czasopismach naszych.

Statut Zjazdów chirurgów polskich.

§ 1. Celem Zjazdów chirurgów polskich jest zespolenie wszystkich sił naszych na polu chirurgii, daléj ułatwienie wymiany zdań przez osobiste zapoznanie się, a ostatecznie wzbogacanie i rozpowszechnianie wiedzy chirurgicznéj przez odpowiednie wykłady i przedstawienie przypadków i okazów patologicznych.

§ 2. Miejscem Zjazdów jest Kraków.

§ 3. Zjazdy odbywają się co roku i trwają dwa dni.

§. 4. Uczestnikiem Zjazdów może zostać każdy lekarz po wpłaceniu rocznéj wkładki w kwocie 10 złr. O przyjęciu stanowi Wydział Zjazdu.

§ 5. Gości na Zjazd ma prawo wprowadzić każdy uczestnik. Goście jednakże nie mogą zabierać głosu, tylko za osobnem pozwoleniem przewodniczącego.

§ 6. Wybór Wydziału Zjazdu dokonywa się corocznie na ostatniem posiedzeniu na rok następny. Pierwszy Zjazd wybiera sobie na pierwszem posiedzeniu przewodniczącego i resztę Wydziału.

§ 7. Wydział składa się: z przewodniczącego, z zastępcy przewodniczącego, z sekretarza i z kasyjera.

§ 8. Wydział kieruje sprawami Zjazdów, a mianowicie:

a) przyjmuje nowych uczestników, przedstawionych przez dwóch dawniejszych.

b) Zajmuje się ogłaszaniem rozpraw Zjazdów.

c) Zarządza majątkiem Zjazdów.

§ 9. Rozprawy Zjazdów ogłasza się drukiem na podstawie rękopisu przez autora złożonego, wyjątkowo na podstawie zapisków stenograficznych.

§ 10. Równocześnie z Zjazdami odbywa się wystawa narzędzi i opatrunków chirurgicznych.

Porządek obrad.

§ 1. Posiedzenia odbywają się od 10—1 godz. w południe i od 2—4 g. po poł. Posiedzenia przedpołudniowe służą do przedstawiania chorych i preparatów, popołudniowe do wykładów teoretycznych.

Chorych przeznaczonych do przedstawienia przyjmuje na czas Zjadu klinika chirurgiczna; tamże można przesełać przyrządy i preparaty. Od 8—10 g. przed połud. odbywa się pierwszego dnia Zjazdu zwiedzanie kliniki chirurgicznéj, drugiego dnia oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

§ 2. Przewodniczący układa porządek rozpraw.

§ 3. Wykłady mogą trwać zazwyczaj tylko 30 minut. Przewodniczącemu służy prawo czas ten o 10 minut przedłużyć; dalsze przedłużenie dozwolone tylko za zgodą Zjazdu. Wykładów nie wolno odczytywać. Kto ma obszerniejszą pracę, zechce ją w skróceniu na posiedzeniu wyłożyć, a rękopis oddać Wydziałowi do druku *in extenso*.

§ 4. Przemówienie w dyskusyi nie może trwać dłużéj nad 5 minut; przewodniczący może czas ten przedłużyć o dalsze 5 minut.

§ 5. Z wykładami zgłaszać się należy do sekretarza, o ile możności na cztery tygodnie przed Zjazdem.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 20 Czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. Lekarskiego przedstawił prof. Obaliński chorego ze

swego oddziału, który dotknięty był nerwobólem drugiéj gałęzi nerwu troistego, i z tego powodu po kilkakroć był operowanym: ostatnia operacyja na odd. chrg. wykonana uwolniła go od bólów, choć gałęzi drugiéj nie wydobyto, a tylko z powodu ankylozy szczęki dolnéj wykonano eksartykulacyję ramienia pionowego kości dolnoszczękowéj, przyczem część 3-ciéj gałęzi padła ofiarą. Skutkiem tego prelegent przypuszcza istnienie anastomóz nerwowych za pośrednictwem drobnych gałązek łączących II i III gałąź nerwu troistego. W dyskusyi zabierali głos kol. Pieniążek, przewodniczący i prelegent.

* Rektorem Uniw. Jagiell. na rok przyszły szkolny wybrany został prof. E. Korczyński.

* Dowiadujemy się, że aż do chwili obsadzenia posady nadzór nad wykonywaniem czynności lekarza policyjnego powierzony został tutejszemu c. k. lekarzowi powiat. doc. Ponikle.

* Park na błoniach, urządzony staraniem docenta Jordana staje się coraz bardziéj punktem zbornym dziatwy płci obojéj, a razem z nią ściąga i starszych, z prawdziwem zajęciem przyglądających się zabawom i ćwiczeniom pokolenia wzrastającego. Rozmaitego rodzaju ćwiczenia gimnastyczne na wzór tak zw. szwedzkich, tak korzystne dla rozwoju cielesnego, odbywają się tam *en masse* pod dozorem i kierunkiem kompetentnych nauczycieli i sprawiają miły widok, dotychczas u nas nieznany. Wszystko to zawdzięczamy gorliwości kol. Jordana, który własnym kosztem dotąd opędza wydatki, w nadziei, że miasto nieda upaść zakładowi rzeczywiście pożytecznemu, a co ważniejsza prawie, nie szczędzi i czasu, osobiście kontrolując ćwiczenia i zabawy. Przekonani jesteśmy, że miasto nasze chętnie i z prawdziwą wdzięcznością prowadzić będzie daléj dzieło, podjęte przez Dra Jordana, które jednak dla jednostki jest za nadto uciążliwe.

* W Krynicy było dotąd gości 293, w Gainfarn 322, w Cieplicach czeskich 2128.

† **Rosyja.** Konferencyja Petersburskiéj Akademii medycznéj ogłosiła konkurs na posadę profesora szpitalnéj kliniki chirurg.

† Petersburska Akademia medyczna zamianowała Dra Bellarminowa docentem prywatnym chorób ocznych, a Multanowskiego docentem prywatnym chirurgii.

(Dr. J. T.) W Petersburgu P. Malczewski, lekarz wojskowy, asystent prof. hygieny Dobrosławina, obronił rozprawę na stopień Dra med. p. t. „Uproszczony sposób ilościowego oznaczenia ciał garbnikowych w herbacie.“

† **Francyja.** Dr. Bérillon, redaktor *„Revue de l'hypnotisme“* rozpoczął 14-go maja wykładać w szkole praktycznéj paryskiego wydziału lekarskiego o wskazaniach i przeciwwskazaniach hypnotyzmu w chorobach nerwowych i jego zastosowaniu w pediatryi.

† **Ameryka.** Firma J. B. Lipincott Company ogłasza o przedsięwziętem obszernem wydawnictwie encyklopedyi chorób dziecięcych. Encyklopedyję te postanowili napisać lekarze amerykańscy, angielscy i kanadyjscy pod redakcyją Johna Heatinga. Dzieło będzie się składać z 4 tomów in 8-vo. Tom pierwszy miał wyjść w kwietniu, a wkrótce następne 3 tomy.

† W Carlisle (w Stanach Zjednoczonych) oddano pod sąd kilku lekarzy za to, że wykonali laparotomiję, przypuszczając niedrożność jelit, któréj w rzeczywistości nie było.

† Za przykładem Alabamy zaprowadziły i stany Ilinois, Ohio i Missuri wykonywanie kary śmierci za pomocą elektryczności.

† Prof. Agnew, znany chirurg amerykański, ustąpił z posady. Odpowiadając na adres studentów, wyraził swoją radość, że porzuca profesurę jeszcze w sile wieku i nikt go nie obwini, że przeżył samego siebie i zajmował miejsce, które mógłby zająć człowiek inny ze świeżemi siłami. (*Medical und Surgical Reporter* 13 kwietnia).

† W Japonii istnieje obecnie 31 szkół medycznych, 4 farmaceutyczne i 2 weterynarskie. (*The Medical Press.* 10-go kwietnia).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Prof. Veit z powodu podeszłego wieku ustępuje z katedry. — **Budapeszt.** W miejsce Babesa docent prywatny Dr. Pertik proponowany na katedrę histologii patolog. — **Genewa.** Prof. higijeny Dunant ustąpił z katedry.— **Worcester** Mass. Na profesorów chemii powołani zostali: docent Curtius z Erlangi i docent Gattermann z Gietyngi. — **Tomsk.** Prof. nadzw. anatomii Dr. Maliew mianowany został prof. zwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie Drów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp.: Stan. Ruczka z N. Wiśnicza, Józef Kurasiewicz z Czchowa w Galicyi i Bogumił Skibniewski z Popowca na Wołyniu.

Redakcyja otrzymała:

DANIŁŁO: Protokoły zasiedanii russkago antropol. obszczestwa za 1888 g. St. Petersburg 1889, in 8-vo str. 33. — GRUNDZACH: Kamienie żółciowe w żołądku. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 3. — Dr. SMOLEŃSKI: Bemerk. ü. d. therm. Behandl. einiger Respirationsneurosen. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.* 1889) in 8-vo str. 8.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. KAZIMIERZ ZGÓRSKI

ordynuje w sezonie bieżącym 76—6—6
jak w latach poprzednich
W ŻEGIESTOWIE.

Dr. S. GROSS

Asystent Prof. Rydygiera 96—3—2
ordynuje przez sezon kąpielowy
W IWONICZU.

DR. F. CHŁAPOWSKI

ordynuje b. r. jak lat poprzednich 58—6—5
od końca Maja
w **KISSINGEN.**

Dr. JAN ROSNER

b. asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj Uniw. Jagiellońskiego
ordynuje, jak dawniéj, od 15 Maja
w Franzensbadzie 43—9—5
„GOLDENER STERN.“

Dr. Kazimierz Kruszyński

b. Sekundaryjusz szpitali wiedeńskich
ordynuje przez sezon letni począwszy od 1 Czerwca
W SZCZAWNICY 75—6—6
w domu Wgo Dra Trembeckiego.

W KARLSBADZIE

zum Schwarzen Löwen 74—6—6
ordynuje przez cały sezon kąpielowy

PROFESOR DR. JAWORSKI.

Dr Z. DOBIESZEWSKI

praktykuje jak lat ubiegłych 79—6—5
W MARYJENBADZIE.

Dr MICHAŁ KAUFMANN

ordynować będzie jak w latach poprzednich przez sezon kąpielowy
w Maryjenbadzie.
(VILLA LISSA). 68—6—6
W atonii kiszek, nerwobólach i otyłości łączy kuracyję zdrojową z mięsieniem (*Massage*), które sam wykonywa.

Dr. JAN ZIEMBIŃSKI

ordynuje
podczas tegorocznego sezonu (od 1 czerwca)
W ROŻNOWIE
NA MORAWIE. 93-8—3

Oberbrunnen

Woda mineralna znana od r. 1601. Szczególnie skuteczna w chorobach narządów oddechania i żołądka, przy skrofulozie, w cierpieniach nerek i pęcherza, w dnie, krwawnicach i cukrzycy.
Rozsełka książęcych wód mineralnych Obersalzbrunnen:
Furbach et Strieboll 21—26—10
Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

Kurort-Salzbrunn-Schlesien.

Kursaison vom 1. Mai bis Ende September

HAY'A

pierwszy c. k. koncesyonowany i subwencyonowany przez W. Ministerstwo
Zakład szczepienia krowianki
w Wiedniu, Alserstr. 18.
(Założony w roku 1873.)
Rozsyła przez cały rok czystą zwierzęcą lymfę w fiolkach, flakonikach (Pasta-Lymphe) i w igiełkach kościanych.
Za przyjmowanie lymfy ręczy się, tak że w razie nieprzyjęcia tejże udziela się bezpłatnie innej. 85—12—4

Wskutek licznych zamówień ze strony p. t. urzędów i lekarzy prakt. osiągnięto tak wielki obrót, że zakład jest w możności cenę znacznie obniżyć. Jedna fiola dla 2-3 szczepień kosztuje **1** złr. Na żądanie mogą być mniejsze po **50** cnt. — Flakonik lymfy gęstej (Pasta-Lymphe) 1 gr. wystarczający dla 100 szczepień, **10** złr.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

VÖSLAU-GAINFAHRN

godzina drogi od Wiednia
otwarty przez rok cały.
Prospekta można otrzymać bezpłatnie na żądanie u właściciela, cesarsk. radcy Dra Friedmanna w samym zakładzie, lub też we Wiedniu I. Opernring 3. 46—6—6

PIERWSZA DROGUERYA

Jakóba Wiśniewskiego, magistra farmacyi

w Krakowie, ulica Stradom
poleca
po cenach fabrycznych.
Wszelkie towary apteczne, środki uniwersalne, bandaże, aparaty, instrumenta, opatrunki chirurgiczne, oraz skład wód mineralnych. — Wszelkie zamówienia uskuteczniają się odwrotną pocztą. — Próbki i ceny na żądanie bezpłatnie i frco. 34—40—13

ZAKOPANE

97—1—1
stacya klimatyczno-lecznicza
820 metrów nad powierzchnią morza
POD TATRAMI
zalecana w dziedzicznej gruźlicy, dla osób od urodzenia wątłych, w zołzach, w krzywicy, w zimniczych obrzmieniach wątroby, śledziony, w niedokrewności, bladaczce rozwojowej, rekonwalescencyi po chorobach ostrych, w chorobach nerwowych o typie odrętwiałości, w katarach przewodu oddechowego, w otyłości.
100 pokoi dobrze urządzonych. Apteka. Żentyczarnia. Kefir.
Otwarcie sezonu 15 Czerwca.
Lekarz ordynujący: ***Dr. Chwistek.***

Kol. Karola Ludwika, Koleją państwową Koleją lwowsko-Czerniowiecko-Jasską i węgiersko-galicyjską do Drohobycza.

Truskawiec

ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY
i
STACYJA KLIMATYCZNO-LECZNICZA

w Galicyi wschodniej.

Urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Kol. Karola Ludwika, Koleją państwową Koleją lwowsko-Czerniowiecko-Jasską i węgiersko-galicyjską do Drohobycza.

Zdrojowisko i uzdrowisko w uroczéj górskiéj okolicy (415 m. n. p. m.) niezwykle bogate w najrozmaitsze środki lecznicze.

Zdroje słone i słonoglauberskie w zupełności zastępujące Kissingen, Homburg, Marienbad, Kreuznach, Veynhausen, Wiesbaden itd. itd.

Najsilniejsza w Europie solanka siarkowcowa, szczawa alkalowo-ziemna, **kąpiele słono-siarkowoowe**, przewyższające wszelkie inne kąpiele słone, słone jodowo bromowe i słono siarczane w kraju i zagranicą. Kąpiele siarczane. Kąpiele borowinowo-żelaziste. Kąpiele mułowo słone i słono-siarczane. Kąpiele igliwiowe. Natryski nosowe i wziewalnie urządzone według najświeższych wzorów. Leczenie elektrycznością. Miesienie. Żętyca. Mleko. Kefir. Apteka i skład wód mineralnych. Kąpiele rzeczne, natryski itd. itd.

Zalecana przez najznakomitszych lekarzy krajowych i zagranicznych w cierpieniach skrofulicznych, gośćcowych, dnawych, syfilitycznych, w przewlekłych chorobach przewodu pokarmowego, chorobach nerek i pęcherza, w rozmaitego rodzaju chorobach kobiecych, skórnych i nerwowych.

Ordynuje lekarz zakładowy Dr. **Aureli Plech**, cesarski radca z Jarosławia.

Przeszło 300 pokoi wygodnie urządzonych, piecami zaopatrzonych z łóżkami żelaznemi i materacami, od 50 ct. do 3 zł. dziennie. Kaplica łacińska, cerkiew ruska, czytelnia dla pań i panów, doborowa orkiestra, piękna sala balowa, fortepjan, przyrządy do gier towarzyskich, trzy restauracyje a zakładowa na czele, cukiernia, kawiarnia, restauracyje izrrelickie, sklepy, fryzyjer, cyrulik itd. Skwery ozdobne, prześliczne spacery, wycieczki w góry, zabawy towarzyskie, reuniony itd. 86—5—4

☞ W pierwszym (od 26 Maja do 1 Lipca) i ostatnim sezonie (od 15 Sierpnia do 15 Września), pomieszkania w domach zakładowych o 30% tańsze. Wszelkiego rodzaju zamówienia przyjmuje i wszelkich objaśnień udziela Zarząd zdrojowy w Truskawcu. ☜

Ubodzy uwzględniani będą tylko w ostatnim sezonie.

Pora kąpielowa trwa od 25 Maja do 15 Września.

Dyrektor Zakładu ***Dr. Bolesław Lutostański.***

Urzędownie koncesyjowany

publiczny zakład szczepienia

zwierzęcą limfą

Dra D. Pécsi w Turkeve w Węgrzech

(Jász Nagy Kún Szolnok Komitat)

ręcząc za pewne przyjęcie się, dostarcza limfę po następujących cenach:

mała fiola, wystarczająca dla 2—3 osób . . . . 60 kr.
wielka fiola, wystarczająca dla 10—15 osób 2 złr. 50 kr.
10 wielkich fiol, z których każda wystarcza dla 10—15 osób . . . . 11 złr.
100 wielkich fiol, z których każda wystarcza dla 10—15 osób . . . . 100 zlr.
1000 wielkich fiol, z których każda wystarcza dla 10—15 osób . . . . 900 złr.

(Na żądanie można otrzymać także i w formie proszku). 40—25—11

Obstalunki należy adresować wprost do zakładu.

OCENIONE I POLECONE przez 95—15—2

TOWARZYSTWO LEKARSKIE KRAKOWSKIE

(Komisyja przem. lek.)

do l. 340 z dnia 27go Kwietnia r. 1889.

Odznaczone medalem zasługi

na wystawie higijeniczno lekarskiéj we Lwowie 1888.

WINA LECZNICZE

wyrobu aptekarza

Zygmunta Jana Kalickiego.

Wino chinowe	flaszka 1 złr.	50 kr.
„ chinowo-żelaziste	„ 1 „	50 „
„ rzewieniowe	„ 1 „	50 „
„ pepsynowe	„ 1 „	50 „
„ peptonowe	„ 1 „	50 „

Wina powyższe wyrabiam na Maladze, pod kontrolą Tow. Lek. krak.

Główny skład: w aptece pod Gwiazdą w Przemyślu. Sprzedaż hurtowna u Wł. M. L. Dobrowolskiego w Krakowie — częściowa we wszystkich aptekach. WPp. Lekarzom opuszczam 25%.

PIWO SŁODOWE

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego

aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 24 Kwietnia 1889 L. 338. 69—34—7

Sposób użycia: Dorosłe osoby używać mogą przed południem, przed wieczorem oraz idąc na spoczynek. Cena flaszki 36 cnt.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najczystsza alkaliczna SZCZAWA

Szczególnie wypróbowana w chorobach narządu oddechowego i trawienia, w dnie, w nieżycie żołądka i pęcherza, środek swoisty w chorobach dzieci.

Jako leczenie poprzedzające lub następowe po Karlsbadzie

MATTONIEGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA
ŁUG BOROWINOWY

Wygodne środki do przyrządzania KĄPIELI BOROWINOWYCH i ŻELAZISTYCH w DOMU

Od dawna wypróbowane

w Metritis, Oophoritis, Peritonitis, Błednicy, Zołzach, Krzywicy, Upławach białych, Usposobieniu do poronień, Porażeniach całkowitych i połowiczych, Niedokrewności, Gośćcu, Dnie, Ischias i Krwawnicach.

MATTONIEGO

WODA GORZKA z BUDA-PESZTU

wyborny środek
PRZECZYSZCZAJĄCY.

ROZSEŁKI wszelkich naturalnych WÓD MINERALNYCH i produktów źródlanych dokonywa

HENRYK MATTONI

FRANCENSBAD, — WIEDEŃ, — KARLSBAD.

MATTONI i WILLE w BUDAPESZCIE.

1—52—25

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 29 Czerwca 1889. Nr. 26.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O twardzielu nosa (*Rhinoscleroma*).

(Wykład, miany na XVIII zjeździe chirurgów w Berlinie, połączony z przedstawieniem chorych).

Przez
Prof. Rydygiera.

Panowie! Ze względu na brak czasu chciałbym wyłożyć rzecz jak najzwięźléj i poprzestanę głównie na przedstawieniu chorych, którzy winni obudzić tem żywsze zajęcie, że przypadki twardziela nosa należą w Niemczech do największéj rzadkości, a prawdziwie wcale nie zdarzają się, gdyż i chory, którego tu w Berlinie przedstawiał Köbner, pochodził z Rosyi. Pierwsze i najczęstsze ze znanych dotąd przypadków téj choroby spostrzegano w Austryi, wiele we Włoszech, w Rosyi, w Ameryce środkowéj, kilka wreszcie na Szląsku, w Szwajcaryi, Belgii i Szwecyi.

Co się tyczy naszych chorych, to kobieta (demonstracyja) cierpi już od 20 tu lat na tę chorobę. Obydwa przewody nosowe zarosły, tak dalece, że tylko bardzo cienką sondę można przeprowadzić. Otwory, tak jak je obecnie widzieć można, uzyskano drogą operacyjną, a i te utrzymuje się tylko z trudem przez wprowadzanie grubych drenów, gdyż mają tendencyję do zwężania się. Na podniebieniu twardem i miękkiem widać liczne zbliznowacenia; łuki podniebienne są silnie ściągnięte, a tylny brzeg podniebienia miękkiego przyrósł tak ściśle do tylnéj ściany gardziela *(pharynx)*, że między nią a języczkiem mała tylko pozostała szczelina. Mimo to sprawa nie sięga głębiéj ani do gardziela, ani do krtani, a główne zmiany dotyczą tylko nosa, podniebienia twardego i miękkiego.

U tego młodego człowieka (demonstracyja) widać ogromne zmiany z przegrody nosowéj wychodzące. Podniebienie miękkie i twarde na powierzchni ku jamie ustnéj zwróconéj okazują gruboziarniste wejrzenie, mamy tu więc już inny obraz sprawy chorobowéj, aniżeli u tamtéj kobiety. Podniebienie miękkie nie jest tu zbliżone do tylnéj ściany połyku; napotykamy natomiast przy badaniu jamy nosowéj nowotworowate wybujałości do wielkości orzecha laskowego dochodzące, które rosną na górnéj (nosowéj) powierzchni podniebienia miękkiego. Skutkiem tego oddechanie nosem jest niemożebnem, a zmysłu powonienia brak zupełny; skarży się nadto chory na przytępienie słuchu, co niewątpliwie stoi w związku z owemi wybujałościami w jamie noso-gardlowéj. Pomimo, że chory od dłuższego czasu cierpi na chrypkę, nie znajdujemy w krtani zmian, któreby za pochodzące od twardziela uważać można. W obydwu przypadkach części naciekłe okazują właściwą sobie twardość.

Już w r. 1876 wykazał Mikulicz, że w twardzielu nosa rozchodzi się o pewien rodzaj wolno przebiegającego zapalenia, a nie nowotwór mięsakowy, za jaki Hebra i Kaposi sprawę tę uważać chcieli. Jego też znakomity opis zmian anatomiczno-patologicznych do dzisiaj cieszy się uznaniem. Uzupełniając go dodałbym tylko, że twardziel i na podniebienie twarde łatwo przejść może, czego wówczas Mikulicz nie zauważył, a co potem niejednokrotnie spostrzegano, a i w naszych obydwu przypadkach widzieć można. Co się tyczy ognisk nekrotycznych, jako też komórek Mikuliczowskich, które Alvarez uważa za przecięcia naczyń limfatycznych, to zastanowię się nad niemi dokładniéj przy innéj sposobności.

Właściwéj przyczyny téj choroby nie zdołał w swoim czasie podać Mikulicz, i dopiero potem udało się Fritschowi, a właściwie na pewno dopiero Cornilowi i Alvarezowi, znaleść ją w postaci laseczników otorbionego (*Kapselbacillus*), który bywa już to dłuższy, już też to krótszy, a niekiedy przedstawia się zupełnie w kształcie koka (*Kapsel-coccus*). Przy bardzo silnem powiększeniu łatwo przychodzi wykazać, że jedna średnica jest dłuższa od drugiéj, że więc mamy tu do czynienia z otorbionemi laseeznikami. Nie mam zamiaru rozwodzić się dłużéj nad wynikami badań bakteryjologicznych bardzo pilnie przeprowadzonych przez mego asystenta Dra Grossa, ale tylko w krótkości nadmienię, że zebrało się dość sporą ilość znamion, dozwalających roz-

różnić laseczniki twardziela nosowego od pneumonicznych, znamion, szczególniéj wybitnych w pewnych okresach rozwoju hodowli (hodowle świeże); Paltauf i Eiselsberg nie widzą téj różnicy wbrew twierdzeniom Dittricha, którym my właśnie zupełną musimy oddać słuszność. Jako cechy rozróżniające hodowle te podnieść należy:

1) Hodowle laseczników twardziela rosną wolniéj, niż pneumoniczne.

2) Hodowle twardzielowe wzrastają na skośnie stężałym agarze jednostajnie, zachowują powierzchnię gładką i opalizująco szarą, podczas gdy laseczniki pneumoniczne mają w hodowlach powierzchnię nierówną, są mniéj przezroczyste i okazują rysunek pasmowaty biały, co szczególniéj na świeżych hodowlach wyraźnie widzieć się daje.

3) Hodowle twardzielowe okazują w odpowiedniem ułożeniu względem światła wyraźniejszy i silniejszy połysk perłowéj macicy; w hodowlach pneumonicznych widzieć go można wyraźnie tylko po brzegach. Zjawisko to polega zdaje się na różnie szybkim wzroście hodowli, a że połysk perłowéj macicy tylko na cieniutkich warstewkach wybitnie występuje, to też i na wolniéj rosnących hodowlach twardzielowych jest wyraźniejszym.

Wobec faktu, że laseczniki w tkaninie saméj się znachodzą, nie ulega prawie wątpliwości, że one są przyczyną zmian chorobowych, mimo, że Dittrich ani Paltauf i Eiselsberg ani Jakowski i Matlakowski ani też my przeszczepić ich nie zdołaliśmy. U nas robiono próby przeszczepienia oprócz na psach, królikach i świnkach morskich, także na małpie; ta niestety po kilku tygodniach zdechła nam na inną chorobę; a doświadczenia nie wykazały ani razu jakichkolwiek zmian w miejscu szczepienia.

Zarzut Dittricha, że podobne otorbione laseczniki znaleść można i w prawidłowéj i w nieżytowéj wydzielinie nosa, nie wytrzymuje próby, boć przecież prątki w twardzielu mieszczą się w saméj tkaninie.

Najżywsze zajęcie winna budzić terapia. Niestety dotąd wyniki były bardzo niekorzystne. Gdyby się chorzy tacy dość wcześnie zgłaszali, należałoby całe chorobowe ognisko w częściach zdrowych wyciąć i wypalić. Ponieważ jednak choroba ta bardzo nieznaczne zrazu sprawia dolegliwości, to też chorzy zwykle wówczas dopiero pomocy lekarskiéj szukają, gdy sprawa chorobowa za daleko postąpiła i wycięcie w częściach zdrowych stało się prawie lub całkiem niemożebnem.

W sprawozdaniu rocznem kliniki prof. Alberta wspomina Hochenegg, że Nicoladoni choremu na twardziel wyciął nos wraz z małżowinami, a w dwa miesiące potem ze skóry czoła sztuczny nos dorobił; chory ten 9 lat żył bez dolegliwości, w końcu jednak wrócił do kliniki Alberta z daleko rozwiniętemi zmianami w gardle.

Mimo rozległych zmian, jakie przedstawia nasz przypadek drugi, chcę tu pokusić się o doszczętne usunięcie chorobowo zmienionych części, gdyż wyskrobanie i wypalenie, jakie przed kilku laty Mikulicz uskutecznił, pozostało bez skutku.

II. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali
proff. Korczyński i Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Jeżeli pojmujemy w ten sposób zmiany anatomiczne w błonie śluzowéj żołądka, rozpoznanie [12]) nieżytu kwaśnego samo się przez się nasuwa. W żołądku czczym napotykamy złuszczony przybłonek wałeczkowy i jądra ciałek wypocinowych w znacznéj ilości; następnie pewną ilość płynu od powyższych składników mętną, a od kw. solnego silnie kwaśną, przyczem część kw. solnego jest utajoną przez trawienie ciałek wypocinowych, co się objawia silnem oddziaływaniem na peptony, chociaż resztek pokarmów w żołądku niema. Inaczéj przedstawia się trwałe wydzielanie soku żołądkowego bez zmian anatomicznych (sokotok właściwy Reichmana, *gastrorrhoe acida simplex*). Tu mamy jeszcze treść żołądkową naczczo jasną, bez przybłonka złuszczonego, zawierającą tylko wolny kw. solny, silnie trawiący, ze śladami tylko oddziaływania na peptony.

Zboczenie chorobowe opisywane dawniéj pod ogólną nazwą „nieżytu żołądka“ rozpadło się obecnie przez dokładniejsze badania kliniczne, stosownie do różnych zboczeń czynnościowych żołądka, na kilka osobnych postaci chorobowych. Anatomowie jednak jeszcze dotąd takiego rodzaju odróżnień na stole sekcyjnym nie robią, mianując każdą zmianę w żołądku, czy ona klinicznie przebiega pod postacią trwałego wydzielania soku żołądkowego, czyli nieżytu śluzowego mianem *catarrhus ventriculi chronicus*. Dążeniem klinicystów powinno być jednak uzyskanie podstaw anatomicznych dla zmian za życia obserwowanych, i w tym celu zwrócenie uwagi anatomów na ważność i możliwość takiego rozróżniania, do czego niniejszą pracą chcielibyśmy się przyczynić.

2. Nieżyt kwaśny, przebiegający z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, jest cierpieniem bardzo poważnem i to nietylko miejscowem, gdyż oddziaływa na cały ustrój, bo na skład krwi i wydzieliny odległych narządów a mianowicie nerek.

Że ilość moczu po wymiotach, przepłókiwaniach, podobnie jak po biegunkach, musi się zmniejszać, a ciężar gatunkowy podnosić, jest rzeczą zrozumiałą i dawno znaną. Alkaliczność zaś moczu, którą spostrzegał Quincke po przepłókiwaniach żołądka, a na jednym przypadku *vomitus hyperacidus* Sticker i Hübner [22]) (str. 138), a która pojawia się niekiedy w stanie fizyjologicznym podczas trawienia (Bence Jones), tłomaczą tem, że mocz w miarę utraty części kwasowych z krwi przez żołądek, musi w tym samym stosunku w niéj nagromadzoną część zasadową zawierać (Quincke, Maly), zwłaszcza, że Sticker i Hübner [23]) obserwowali, że suma całkowitéj kwasoty dziennéj treści żołądkowéj i moczu jest ilością stałą. Jeżeli się zważy, że kwasota moczu zależy od fosforanu i moczanu sodowego kwaśnego, które nie przechodzą wcale do soku żołądkowego, należałoby patologiczną alkaliczność moczu w przebiegu nadmiernego wydzielania kw. solnego szczegółowo tem tłómaczyć, że chlorek sodowy rozkładający się w gruczołach trawieńcowych oddaje chlor do soku żołądkowego, a sód przechodzi napowrót do krwi, którą silnie alkalizuje, a w moczu połączenia kwaśne na obojętne lub alkaliczne zamienia.

Zniknienie chlorków w moczu w przebiegu nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, obserwowane jeszcze w r. 1884 przez Glużińskiego [24]) i Jaworskiego, następnie w r. 1887 przez Rosenthala i Stickera, a obecnie w naszych wyżéj przytoczonych przypadkach, wykazuje przewagę w przyswajaniu sobie takowych przez gruczoły trawieńcowe, nad kłębkami Malpighiego. Okazuje się więc, że mogą przydarzać się stany patologiczne, w których ustrój więcéj chlorków może utracić przez sok żołądkowy, niż przez

mocz. W stanach prawidłowych znalazł Voit w doświadczeniach na psach, że odjęcie chlorków z pożywienia znosi wydzielanie kw. solnego, a Cahn [25]) odciągając również dwom psom chlorki z pożywienia, dostrzegał także, że kw. solny znikał ze żołądka, podczas gdy jeszcze chlor w moczu, aczkolwiek w zmniejszonéj ilości się utrzymywał. U głodzonego zaś Cettiego dostrzegał Munk jeszcze po 10 dniach głodzenia obecność chlorków w moczu. Znikanie chloru z moczu, a równoczesne nadmierne wydzielanie tegoż przez sok żołądkowy jest zjawiskiem, nie dającem się dotąd doświadczeniami wywołać, gdyż zależy tylko od właściwego patologicznego stanu błony śluzowéj żołądka. Stan ten zdaje się polegać na tem, że przez silny dopływ krwi do gruczołów komórki okółkowe, posiadające wrodzoną zdolność wyborową do chlorków i właściwość wytwarzania z nich kw. solnego, w swéj czynności zostają podniecone. Nadto należy uwzględnić, że część chlorków jako takich znajduje się także w wypocinie, która w sprawie nieżytowéj błony śluzowéj żołądka dostaje się na jéj powierzchnię, i tu przetrawiona stanowi domieszkę do soku żołądkowego. — Utrata chlorków przez obfite wymioty w przebiegu nieżytu kwaśnego stanowi niebezpieczeństwo dla chorego. Kussmaul [26]) przypuszczał, że w rozstrzeni żołądka, połączonéj z wymiotami, przyczynę kurczów mięśniowych, drgawek, zamącenia przytomności i t. p. objawów należy upatrywać tylko w ubytku wody z ustroju. Tymczasem jako główną przyczynę tych przypadłości nerwowych, a zwłaszcza ciągłego drażnienia do wymiotów, należy uważać odciągnięcie chlorków z tkanin, które tylko do pewnego stopnia utratę chlorków bez niebezpieczeństwa dla życia znieść mogą (Forster). Pojawienie się moczu alkalicznego i zniknięcie w nim chlorków wskazuje bardzo silne zajęcie narządu gruczołowego błony śluzowéj żołądka i wielkie niebezpieczeństwo dla chorego, przeciw któremu z trudnością naszemi obecnemi środkami terapeutycznemi działać możemy. Należałoby się lepiéj niż dotąd zastanowić nad terapią, jaką należy w tego rodzaju przypadkach przedsiębrać. Dozwalając choremu wymiotować, a nawet wypłókując mu żołądek w celu ulżenia przypadłościom żołądkowym, wydalamy ogromne ilości chlorków, a tem samem przyspieszamy śmierć w skutek głodu chlorowego; jeżeli zaś zaniechamy płókań, ryzykujemy uszkodzenie błony śluzowej przez silnie trawiący sok żołądkowy. Zdaje się, że byłoby właściwem w tak rozpaczliwym stanie wprowadzać $^1/_2$—1% rozczyn soli kuchennéj przez odbytnicę jakoteż podskórnie. W jednym tego rodzaju przypadku, w którym Gluziński [23]) wprowadzał rozczyny soli kuchennéj podskórnie i do odbytnicy, pierwsze ilości wprowadzonéj soli kuchennéj nie pojawiły się w moczu, gdyż zostały pochłonione przez tkaniny zubożałe w chlorki. Lecz należy się spodziewać, że skoro przy systematycznem wprowadzaniu soli kuchennéj nastąpi wyrównanie chlorków w tkaninach, o co właśnie chodzi, nadmiar ich we wszystkich wydzielinach się pojawi.

Dotąd sądzi jeszcze wielu autorów, że u osób małokrwistych nie pojawia się zwiększone wydzielanie soku żołądkowego. My już dawno zwróciliśmy uwagę na to, że właśnie rzecz ma się przeciwnie, a nasze wyżéj opisane przypadki (T. Ł.), w których wskutek krwotoku wystąpiła ostra bezkrwistość zakończona śmiercią, wykazywały najwyższe stopnie kwasoty. Pokazuje się więc, że nawet ostra bezkrwistość nie jest w stanie powstrzymać patologicznie podnieconéj czynności komórek okółkowych. Sądzimy jednak, że to rzeczywiście zdarza się tylko w pewnych stanach patologicznych błony śluzowéj żołądka. W przypadkach zaś, gdzie narząd gruczołowy jest prawidłowy, małokrwistość obniża wydzielanie soku żołądkowego, jak to się dzieje i z innemi wydzielinami.

3. Przychodząc ostatecznie do omówienia stosunku, jaki zachodzi między nieżytem kwaśnym a wrzodem żołądka, to najprzód trudno przypuścić, aby wrzód okrągły, będący jedynie miejscowym nekrotycznym ubytkiem, mógł na całéj przestrzeni zdrowéj błony śluzowéj wywołać nieżyt, zwłaszcza, że dotąd po jakichkolwiek ubytkach sztucznych błony śluzowéj żołądka nieżytu na niéj niedostrzeżono. Raczéj należy przypuścić, że nieżyt kwaśny może być przyczyną wrzodu. Czy to jest koniecznem następstwem, trudno powiedzieć, gdyż nie wszystkie nieżyty kwaśne kończą się wrzodem okrągłym. W każdym razie wobec bardzo częstego wikłania się wrzodu okrągłego i nieżytu kwaśnego należy uważać zmiany anatomiczne w błonie śluzowéj w połączeniu ze silnie trawiącym sokiem żołądkowym jako momenty usposobiające do powstania wrzodu, które to zdanie także i Riegel [26]) podziela. Sądząc po fakcie, że wrzód okrągły najczęściéj pojawia się w częściach żołądka do odźwiernika zbliżonych (Leube [14]) str. 84, Orth [13]) p. 794), gdzie z powodu nagromadzenia gruczołów pepsynowych, pepsyna w największéj ilości się wydziela i tu z doprowadzonym z dna kwasem wydaje sok najenergiczniéj trawiący, należałoby rzeczywiście przypisać powstanie wrzodu działaniu trawiącego soku na miejsce sprawą nieżytową, według spostrzeżeń anatomicznych, najwięcéj dotknięte. Nie jest jednak wcale wykluczoną możność, aby wrzód żołądka przy istnieniu tych samych spraw nieżytowych nie mógł być wywołany przez inne szkodliwości, działające przypadkowo na błonę śluzową, które jéj odżywienie obniżają, a przez poszczególnych autorów uważane bywają jako momenty etyjologiczne wrzodu, jakoto: ograniczone przerwy w krążeniu przez zatory, lub zaczopowania naczyń błony śluzowéj (Virchow, Cohnheim), albo nawet przez tężcowo skurczoną błonę śluzową wśród wymiotów (Rindfleisch) lub nerwobólów (Axel Key). Również nie da się zaprzeczyć, że krwotok lub podbiegnięcia krwawe w błonie śluzowéj kwaśnym nieżytem dotkniętéj, bądź to z powodu obrażeń mózgu lub rdzenia przedłużonego (Schiff, Ebstein), bądź wskutek urazu (Ritter), mogą dać łatwo powód do wytworzenia się wrzodu.

Należy przeto przy rokowaniu w nieżycie kwaśnym mieć na względzie tę okoliczność, że ma się przed sobą chorego, u którego przy lada sposobności może powstać wrzód okrągły, tak jak między chorymi na nieżyt śluzowy lub zanikowy znajduje się, według naszych doświadczeń, wielu kandydatów na raka żołądka.

Wielce na uwagę zasługuje najnowsze doniesienie Sohlerna [27]), że u ludności żywiącéj się roślinnemi pokarmami wrzód żołądka jest chorobą bardzo rzadką, którą to okoliczność przypisuje autor większéj zawartości soli potasowych, jaka się dostaje z pokarmów roślinnych do krwi. Nowe doświadczenia i tymczasowe poszukiwania w zakładzie patologicznym prof. Browicza zdają się potwierdzać to spostrzeżenie, że u naszéj ludności wiejskiéj, żywiącéj się przeważnie roślinnemi pokarmami, wrzód żołądka rzadko się napotyka. Na 820 sekcyj ze szpitala św. Łazarza w Krakowie z r. 1886 znaleźliśmy tylko u dwóch mężczyzn (0·24%) wrzód żołądka, podczas gdy te same protokoły sekcyjne wykazały 16 przypadków (1·9%) raka żołądka (u 4 kobiet i u 12 mężczyzn), a zatem zupełnie odwrotnie, jak statystyki zachodnich krajów wykazują. Przypuszczenie Sohlerna,

jakoby sole potasowe znajdujące się w ustroju miały wpływać na zmniejszenie częstości wrzodu okrągłego, nie wydaje się bardzo prawdopodobnem; raczéj przemawiałaby ta okoliczność na korzyść pokarmów roślinnych, że ze soli organicznych w nich znajdujących się tworzą się we krwi węglany, które ją alkalizują w wyższym stopniu, niż połączenia powstałe z pokarmów mięsnych.

Literatura: 1) V. d. Velden. Vortrag gehalten in d. 58 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. p. 437. — 2) Cahn. Vortrag gehalten in der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte am 21 Sept. 1885. — 3) S. Rothschild. Untersuchungen über das Verhalten der Salzsäure des Magensaftes beim gesunden Magen und beim Magengeschwür. Mannheim, 1888. Inauguraldissertation. — 4) Korczyński und Jaworski. Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi, sowie bei Magenblutungen. *D. med. Wochschr.* 1886. Nr. 47—49. — 5) Riegel. Zur Lehre vom Ulcus ventriculi rotundum. *D. med. Wochschr.* 1886, Nr. 52. — 6) J. Vogel. Beitrag zur Lehre vom Ulcus ventriculi simplex. Aus der Klinik des Prof. Riegel in Giessen 1887. Inauguraldissertation. — 7) C. A. Ewald. Klinik der Verdauungskrankheiten II. 1888. — 8) Jaworski. Beobachtungen über das Schwinden der Salzsäure-secretion und den Verlauf der katarrhalischen Magenerkrankungen. *Münch. med. Woch.* 1887 Nr. 8. — 9) Klemperer G. Ueber Dyspepsie der Phthisiker. *Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 11. — 10) Ritter und Hirsch. Ueber die Säuren des Magensaftes und deren Beziehung zum Magengeschwür bei Chlorose und Anaemie. *Zeitschr. f. kl. Med.* XIII, 1887 p. 430. — 11) Klemperer G. Ein Fall geheilter Magendilatation. *D. med. Wochschr.* 1889 Nr. 9. — 12) Rokitansky Carl. Lehrbuch der pathol. Anatomie B. III, Wien 1861. — 13) Orth Johannes. Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie. 3 Lieferung. Berlin 1887. — 14) Ziemssen. Handbuch der spec. Pathol. und Ther. Leipzig 1876. B. VII. 2 Hälfte. — 15) Niemeyer Feliks. Lehrbuch der spec. Pathol. und Therapie von Dr. Eug. Seitz. B. I. — 16) Sachs A. Zur Kenntniss der Magenschleimhaut in krankhaften Zuständen. Archiv f. exp. Pathol. und Pharmak. B. XXIV, 1888. — 17) Krukenberg R. Ueber die diagnostische Bedeutung des Salzsäurenachweises beim Magenkrebs. Heidelberg 1888. Inaug. Disser. 18) Ewald C. A. Klinik der Verdauungskrankheiten. II Theil. Berlin 1888. — 19) Trzebitzky R. O gastroenterostomii. Medycyna. 1887, str. 503. — 20) Birch-Hirschfeld T. V. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig 1877. — 21) Jaworski. Ueber die Verschiedenheit in der Beschaffenheit des nüchternen Mageninhaltes bei Magensaftfluss. Verhandl. d. VII Congresses f. innere Medizin, 1888. Vortrag. — 22) Sticker G. und Hübner C. Ueber Wechselbeziehung zwischen Secreten und Excreten des Organismus. *Zeitchr. f. klin. Med.* XII B. p. 114. — 23) Gluziński A. Ueber das Verhalten der Chloride im Harn bei Magenkrankheiten. *Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 52. — 24) Cahn A. Beiträge zur Lehre von der Verdanung. Strassburg 1886. — 25) Kussmaul. Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe. *D. Arch. f. klin. Med.* B. VI, p. 455. J. 1869. — 26) Riegel F. Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1887. B. XII, p. 426. — 27) Sohlern. v. Der Einfluss der Ernährung auf Entstehung des Magengeschwüres. *Berl. klin. Wochschr.* 1889, Nr. 13 und 14. — 28) Lebert H. Die Krankheiten des Magens. Tübingen, 1878.

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Kubasow zreferował w Towarzystwie lekarzy wojskowych w Moskwie swoją pracę o mikroorganizmach nowotworów rakowych i przedstawił czyste hodowle odkrytych przez się bakteryj. Tego jednak, że te mikroorganizmy rzeczywiście są w stanie wywołać raka w miejscu zaszczepienia, nie zdołał dostatecznie uzasadnić i odpowiedzieć na czynione sobie zarzuty. W końcu zreasumował dyskusyję prezes Dobriakow w ten sposób: referent obiecuje przedstawić nowe fakty; dla braku tych faktów dziś ostateczne rozstrzygnięcie jest niemożebnem; kwestyja zostaje otwartą; a podniesione zarzuty są bardzo poważne. (*Wracz* 1889, N. 16). *A. W.*

Fizyjologija.

Cymkowski: **Wpływ biegania na tętno, oddychanie, ciepłotę ciała, ciężar ciała, parcie krwi i siłę mięśniową.**

Autor zbadał wpływ jednego rodzaju ćwiczeń gimnastycznych, a mianowicie biegania, na ustrój człowieka. Przerobił on 100 doświadczeń na ludziach zdrowych, którzy przebiegali półtora kilometra w ciągu 11-stu minut, to znaczy z szybkością 8 kilometrów na godzinę. Próby odbywały się w kwietniu przy ciepłocie 17°—20° R. Parcie tętnicze mierzono u badanych za pomocą sfygmomanometru Bascha, a siłę mięśniową za pomocą dynamometru owalnego Regnaulta. Wyniki otrzymał autor następujące:

1. Ciężar ciała w 75 przypadkach zmniejszył się, w 19 zwiększył się, a w 6 został niezmieniony. Średnie zmniejszenie wynosiło 200 grm.; średnie zwiększenie 165 grm.

2. Ciepłota w 95 razach podniosła się, w 4 została niezmienioną, a w 2 spadła. Średnie podniesienie się 0·6° C.

3. Tętno we wszystkich przypadkach stawało się szybszem, średnio o 34 uderzeń na minutę.

4. Oddechanie stało się częstszem w 94 przypadkach o 6·2 na minutę, w 3 przypadkach pozostało bez zmiany, a w 3 stało się powolniejszem o 1·5. W 5 ostatnich przypadkach oddechy stały się znacznie głębszemi.

5. Parcie krwi podniosło się w 73 przypadkach średnio o 20·46 mm, w 13 pozostało bez zmiany, a w 14 zmniejszyło się o 13·21 mm.

6. Siła mięśniowa (mierzona oddzielnie dla każdéj ręki, nogi, tułowiu itd.) w 39—70 przyp. zmniejszyła się, w 8—41 zwiększyła się, a w 7—45 pozostała bez zmiany.

W końcu zwraca autor uwagę, że bieganie wpływa na ustrój podobnie jak rosyjska łaźnia parowa, z wyjątkiem tego, że łaźnia obniża parcie krwi. (*Wracz* 1889, Nr. 16).

A. W.

Farmakologija.

Martino: (Siena): **Pokrzywka po antipyrynie.** — Spitz: **Rzadki przypadek zapalenia skóry po antipyrynie.**

M. zapisał kobiecie, cierpiącéj połowiczy ból głowy, 15 centigramów antipyryny w proszkach. Po zażyciu trzeciego proszku wystąpiła pokrzywka, któréj towarzyszyło silne swędzenie. Zjawisko to powtarzało się często i zawsze można było wykazać związek przyczynowy pomiędzy antipyryną a wystąpieniem pokrzywki. Według M. przypadek ten dla tego zasługuje na szczególne uwzględnienie, ponieważ już bardzo małe ilości antipyryny wywoływały pokrzywkę, ponieważ pokrzywka prawie bezpośrednio po zażyciu leku występowała i zarówno prędko znowu znikała i ponieważ tylko podawanie leku przez usta, a nie zaś zastosowanie podskórne wywoływało chorobę skóry. Wysypkę antipyrynową należy tłomaczyć przez działanie odruchowe nerwów. Przypadek ten dowodzi, że nie ilość leku jest przyczyną wybuchu, lecz, że do tego potrzebne jest pewne osobiste usposobienie.

Spitz zapisał pewnéj młodéj pani w przebiegu lekkiego duru brzusznego w przeciągu tygodnia 9 gramów antipyryny w dawce 1°—2° na dzień. We dwa dni po zażyciu ostatniego proszku wystąpiła na całem ciele wysypka, do płonicowéj podobna, a trzeciego dnia łuszczenie się grubowarstwowe. Po zastosowaniu czwartego dnia letniéj kąpieli (27°) przez 10 minut, zmienił się obraz o tyle, że na niektórych miejscach okazały się pęcherze płaskie, zawierające treść surowiczą wielkości talara, podczas gdy na innych częściach po dotknięciu się palcami oddzielały się całe płaty, pozostawiając powierzchnię sączącą. (*Therap. Monatshefte.*)

Dr. Baschkopf.

Prof. A. Baginsky: **W sprawie trującego działania rezorcyny.**

Praca powyższa jest odparciem zarzutów, czynionych B. przez Löfflera w rozprawie, omawiającéj 6 przypadków otrucia wskutek używania rezorcyny do przepłukiwania żołądka. L. ostrzega, że w chorobach żołądka i jelit, szczególnie u osesków, w których według Baginsky'ego i Soltmanna rezorcyna powinna znaleźć rozległe zastosowanie, wskazane jest znaczne ograniczenie tego środka. Wprawdzie metadio-

ksybenzol posiada wybitne własności przeciwgnilne i powołany jest do usuwania nieprawidłowych spraw rozkładowych żołądka i jelit, jednak wskazane jest wobec tego ogólnego polecenia rezorcyny jako środka odrażającego w cierpieniach żołądkowo-jelitowych, szczególniéj u osesków, aby lekarze baczniejszą niż dotąd zwracali uwagę na trujące jej własności. Omawiając fizyjologiczne działanie, wskazuje L. na ciężkie objawy ze strony układu nerwowego po resorcynie, które jej zastosowaniu jako środkowi przeciwgorączkowemu stoją na przeszkodzie. Z słów tych możnaby wnioskować, że Bagińsky stał się winnym polecenia środka, niebezbiecznego dla ustroju dziecięcego, a nawet życiu zagrażającego. Wobec tego przytacza B odpowiednie ustępy z swego podręcznika, w których poleca dawkę: 0·5—1—1·5:100 dla ½—2—3 ch letnich dzieci co 2 godz. po łyżeczce, ale równocześnie ostrzega, że rezorcyn jest lekiem silnie trująco działającym, że łatwo sprowadza kurcze i wśród drgawek zabija. W innem miejscu pisze dosłownie: „0·5—1:100, dla dziecka od 1 do 2 lat co 2 g. łyżeczkę — nie więcéj, a Löffler w swych śmiertelnie zakończonych przypadkach używał u dzieci od 4-ch tygodni do 10 ciu miesięcy w celu przepłukiwania żołądka 1% roztworu, więc przekroczył dawkę podaną przez B., gdyż powyżéj dosłownie przytoczony przepis każdy czytelnik tak rozumieć musi, że do najmłodszych dzieci stosują się najmniejsze dawki; zresztą B ostrzegał na posiedzeniu berlińs. Tow. lek. przed używaniem rezorcyny do przepłukiwania żołądka. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Terapija.

Dr. Twaites podał na jednem z posiedzeń australskiego „*Intercolonial Medical Congress*" sposób leczenia ukąszonych przez jadowite żmije za pomocą wstrzykiwań strychniny. Leczenie to stosował autor w 2 przypadkach u mężczyzny, któremu zastrzyknął w ciągu 4-ch godzin 3 razy po 15 kropel *liquoris strychni* (Ph. Br.), przy czem spostrzegał lekkie tylko kurcze mięśni twarzowych, i u 13 letniéj dziewczynki, któréj wstrzyknął pod skórę 17 kropel bez wszelkich objawów zatrucia. Obydwaj chorzy wyzdrowieli. Trzeba wprawdzie dodać, że w ciągu 5-ciu godzin, które upłynęły od ukąszenia do wstrzykiwań strychniny, wypili chorzy znaczną ilość wódki. (*The British Med. Journ.* 6 kwietnia). *A. W.*

Dr. Błahowieszczeński przeprowadził ściśle doświadczenia nad wpływem zimnych oblewań całego ciała na przemianę azotową, przyswajanie azotu, tętno, oddechanie, ciepłotę skórną i wewnętrzną, wydzieliny skórne, płucne i parcie krwi tętnicze u ludzi zdrowych. Używał on do oblewań wody o 18° R. i o 12° R. w ilości 3—4 wiader, którą wylewano na badanego w ciągu kilku minut z sekundowemi przerwami. Wyniki, do których przyszedł, są następujące; Oblewania zimne powiększają przemianę azotową i przyswajanie azotu; zwiększają wydzieliny skórne, płucne (przy czem utrata ta jest większą pod wpływem wody o 18° R., niż o 12° R.); w przeważnéj liczbie przypadków zwalniają tętno i oddechanie; podwyższają parcie krwi i obniżają ciepłotę. Wreszcie poprawiają łaknienie, sprowadzają dobry sen i podniesienie się sił i polepszają ogólne samoczucie. (*Wracz* 1889, Nr. 17). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Immermann: **O badaniach żołądka w suchotach gruźliczych.**

Z powodu twierdzenia Dettweilera, że w przebiegu suchot niestrawność żołądkowa przy utrzymanéj sile trawienia jest częstszą, niż zwykle się sądzi, badał J. żołądki 53-ch suchotników pod względem motorycznym i wydzielniczym i może potwierdzić w zupełności zapatrywania D. Zbiór przypadów niestrawności nerwowéj przydarza się właśnie bardzo często u ludzi słabowitych z delikatnym ustrojem; prócz tego wchodzi tu jeszcze w rachubę *abulia* suchotników tak, że często mamy przed sobą pozorny obraz nieżytu żołądka, mimo, że taki ani anatomicznie, ani nawet czynnościowo nie istnieje. Oddziaływanie kwasu solnego znalazł niezmienione prawie u wszystkich suchotników badanych w tym kierunku, a nawet było ono powiększone; wprowadzając pokarmy za pomocą cewy stwierdził, że suchotnicy trawili dokładnie nawet kilka sutych objadów w jednym dniu, zwykłe czynności żołądka były więc niezmienione. (*W. m. Woch.* 1889, Nr. 19). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Prof. A. Wölfler: (Graz): **O mechanicznem leczeniu róży.**

W. podał przed rokiem nowy sposób leczenia róży, polegający na mechanicznem powstrzymywaniu dalszego rozszerzania się choroby i obecnie uważa za swój obowiązek na nowo zwrócić na niego uwagę, skoro miał sposobność przez ten czas świeże zebrać doświadczenia, a czyni to tem chętniéj, że nowe badania potwierdzają dawniejsze jego zapatrywania. Przed rokiem opisał 24 przypadków róży: 20-tu chorych leczył przez ograniczenie sprawy chorobowéj za pomocą pasków z siccatiwu lub traumaticinu, a u czterech stosował paski z przylepca (patrz dwa sprawozdania na str. 470 i 580 *P. L.* z r. z.); już wtedy otrzymał wrażenie, że stosowanie pasków z przylepca daje większą pewność przeciw rozszerzaniu się róży, niż paski traumaticinu. Obecnie opisuje 20 nowych przypadków róży, leczonych tylko paskami przylepca. Dwa przypadki skończyły się śmiertelnie, ale były to chore, które przyszły do szpitala w stanie ostrego zakażenia gnilnego, a dowodzą one tylko tyle, że nie jesteśmy w stanie wstrzymać zejścia śmiertelnego, wywołanego przez ostre zakażenie, bez względu na to, czy przyczyną jest róża lub dur, błonica lub zapalenie płuc i to ani za pomocą leków wewnętrznych, ani miejscowych, a nawet energiczne postępowanie Kraskego, polegające na wykonaniu licznych nacięć powierzchownych, okazało się w takich ciężkich przypadkach bezskutecznem. W. przykładał niedaleko granicy zajętéj skóry paski okrężne, obejmujące stosownie do potrzeby szyję, odnogi, brzuch itd., które często łączył ze sobą za pomocą pasków prostopadłych, aby zakres róży jeszcze więcéj ścieśnić i rzadko tylko przekraczała róża zakreślone jéj granice. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

H. Meyer (Zurych): **O wynikach chirurgicznego leczenia raka macicy.**

Że całkowite wyłuszczenie macicy przez pochwę jest zabiegiem uzasadnionym, wynika z pomyślnych wypadków natychmiastowych i trwałych. Na 336 przypadków tylko 37 kobiet = 11% uległo zabiegowi a obecnie stosunek ten jest jeszcze pomyślniejszym, gdyż niektórzy operatorowie mogą wykazać się i 30 przypadkami tego zabiegu bez śmiertelnego zejścia. Takie wyniki trwałe w porównaniu do poprzednio używanych sposobów są więcéj zachęcającemi. I tak Leopold na 26 kobiet operowanych mógł u 18 = 69·2% stwierdzić jeszcze po roku zupełne wyleczenie. Także nawroty raka po wykonaniu téj operacyi mają dla chorych mniéj straszny przebieg. Jeżeli te pomyślne rezultaty mają być jeszcze lepszemi, należy całkowite wyłuszczenie tylko wtedy wykonać, jeśli zabieg nie przedstawia zbyt wielkich trudności, to jest jeżeli macica jest jeszcze na tyle ruchomą, że ją można ściągnąć do części rodnych zewnętrznych. Aby operator mógł usuwać raka w okresie zakreślonym dla pomyślnego wyniku, powinno się kobiety wczas odsyłać do chirurga, a tu lekarze domowi mogą wiele dobrego sprawić, nakłaniając swoje chore już wobec pierwszych objawów choroby do poddania się leczeniu doszczętnemu. (*W. m. Woch.* 1889, Nr. 19). *Dr. Baschkopf.*

Okulistyka.

Docent W. Uhthoff (Berlin): **O ślepocie przydarzającéj się w rozsianem stwardnieniu ogniskowem.**

Badania oka w przypadkach rozsianego stwardnienia ogniskowego wykazały, że nerw wzrokowy, jakoteż i inne nerwy mózgowe ulegają bezpośrednio stwardnieniu, które wywołują zboczenia wzrokowe i że te anatomiczne zmiany w zupełności odpowiadają zmianom w mózgu i rdzeniu pacierzowym. Bezpośrednie badanie wziernikowe stwierdziło obecność zmian w nerwie wzrok., przedstawiających obraz zanikowego odbarwienia brodawek. Dotychczasowe badania kliniczne zaś ograniczyły się do stwierdzenia faktu, że bystrość wzroku w wyższym lub niższym stopniu ulega upośledzeniu. Charcot, Gałęzowski, Pollak i in. wskazali na istniejący często niestosunek między rozszerzaniem się sprawy anatomicznéj i nasi-

leniem upośledzenia wzroku, na rzadkość zupełnego oślepnięcia, na częściowy tylko zanik brodawek, na zdolność polepszenia się zboczenia ocznego, na utrzymanie włókien osiowych. Ponieważ niektóre szczegóły wymagały jeszcze wyjaśnienia, badał U. 100 przypadków *Scler. cer. spin. mult.* w Charitè w oddziale prof. Westphala i w klinice ocznéj prof. Schoelera. Sześć razy badał anatomicznie n. wzrok. Zmiany drobnowidowe polegały na sprawie międzytkankowéj, cechującej się mnożeniem jąder, przedewszystkiem w najdelikatniejszych pasmach tkanki łącznéj. Osłonki rdzenne włókien nerwowych szybko znikają a część pozostałych nagich włókien osiowych jest wybitnie zgrubiałą i napęczniałą. To utrzymanie włókien osiowych w zajętych miejscach i częsty brak zwyrodnienia zstępującego od ognisk stwardniałych znajduje także swój wyraz w zachowaniu siębrodawek n. wzr.; koniec śródoczny n. wzr. okazuje tylko nieznaczne zmiany, nawet przy zmianach pozagałkowych wysokiego stopnia. Wyniki badania wziernikowego są następujące: 1) odbarwienie zanikowe brodawek w 40%: a) wybitny zanik n. o. w 3%; b) niezupełne odbarw. zanikowe całych brodawek w 19%; c) częściowe odbarw. tylko w częściach skroniowych w 18%. 2) Oftalmoskopowy obraz *Neuritis optica* w 5%. 3) Różne zmiany wziernikowe, nie pozostające w związku z główną chorobą: a) *Catarracta progressiva*; b) stare zaćmienia rog.; c) przyczepiny tylne; d) wrodzone nieprawidłowości oka. W innych chorobach środkowego układu nerwowego daleko rzadziéj napotykamy patologiczne zmiany wziernikowe i tak n. p. zdarza się zanik n. wzr. w uwiądzie tylko w 18%, w porażeniu postępującem w 8—9%. Ciekawe są jeszcze zmiany pola widzenia: 1) *Scotoma centrale*, jużto bezwzględne jużteż względne 14 razy. 2) Nieregularne obwodowe ścieśnienie p. w. 6 razy. 3) Oba rodzaje ścieśnienia p. w. 2 razy. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne.

Krelling (Lipsk): **Dwa przypadki niezwykłego umiejscowienia wrzodu twardego.**

Po za obrębem części rodnych spotykamy wrzód pierwotny kiłowy najczęściéj na wargach ust, na palcach, a to z przyczyn jasnych. Drugie miejsce co do częstości zajmuje oko. K. opisuje z polikliniki Lessera dwa przypadki kiły pierwotnéj, z których pierwszy umiejscowiony był na oku, drugi na nosie. U 18-letniego robotnika stwierdzono w kąciku wewnętrznego oka prawego naciek o podstawie chrząstkowato twardéj. Z początku rozpoznano w klinice okulistycznej ostre zapalenie woreczka łzowego, a dopiero następowe obrzmienie gruczolów chłonnych skierowało uwagę na właściwą przyrodę choroby. Wkrótce przyłączyły się objawy zwykłe ogólnéj kiły, jak powiększenie wybadanych gruczołów limfatycznych a na skórze ciała wysypka plamisto-guzkowa. Po 36-ciu wcieraniach rtęciowych wszystkie zmiany ustąpiły. Podczas dochodzenia sposobu zarażenia się stwierdzono tylko tyle, że kilka miesięcy przedtem chory spółkował z dziewczyną, którą również później z powodu kiły leczono. Jeżeli wrzód twardy na oku zdarza się względnie dość często, to do rzadkości należy umiejscowienie się téj choroby na nosie. U 35-letniéj robotnicy wystąpiła najpierw na twarzy „róża“, a gdy ona po 14-stu dniach ustąpiła, pozostało obrzmienie prawéj połowy nosa, które coraz bardziéj się zwiększało a w jakiś czas potem wystąpiła wysypka na ciele. Przy badaniu stwierdzono na prawem skrzydle nosa naciek chrząstkowatéj twardości, gruczoly chłonne podszczękowe, głównie po stronie prawéj powiększone, na ciele wysypka, a na wargach wstydliwych większych kłykciny sączące. Nie ulegało wątpliwości, że choroba nosa jest kiłą pierwotną, zachodziło tylko pytanie, w jaki sposób ona powstała. Z wywiadów okazało się, że chora szukała porady z powodu róży twarzy u pewnéj kobiety, któréj sposób leczenia na tem polegał, że części chore śliną swoją potarła kilka razy. Prawdopodobnie kobieta owa dotkniętą była zmianami kiłowemi na wargach. (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis* 1888, Nr. 1).
Dr. Baschkopf.

Fabry: **O leczeniu łuszczycy (psoriąsis) za pomocą hydroksylaminu.**

W klinice prof. Doutreleponta w Bonn próbował F. po stosowaniu kąpiel, po zmywaniu zielonem mydłem i usunięciu łusek za pomocą 10% maści cynkowéj, nowego środka, hydroxylaminu. Przepisywał on albo roczyn wyskokowy (*Hydroxylamini mur.* 0·2—0·5, *Spir. vini* 100·0, *Calcar. carbon. q. s. ad neutr. DS*) do pędzlowania albo w postaci okładów (*Hydroxylam. mur.* 1·0, *Aq. dest.* 1000·0, *Calcar. carb. q. s. ad neutr.*). F. zwraca uwagę, że trzeba dokładnie badać mocz u tych chorych, u których hydroxylamin stosujemy, gdyż bardzo łatwo sprowadza zapalenie nerek. Należy najpierw zacząć od słabych roczynów, okłady nie powinny leżeć dłużéj, jak tylko parę godzin dziennie, nie należy odrazu go stosować na znacznéj przestrzeni ciała. Ogólny stan chorego trzeba ciągle mieć na oku. Co do działania nie ustępuje kwasowi pyrogallusowemu ani chryzorubinowi, a ma tę wyższość nad niemi, że nie brudzi bielizny ani ciała. U niektórych osób drażni dość silnie skórę, należy wtedy maścią salicylową, cynkową lub ich proszkiem łagodzić zadrażnienie skóry i przejść do dawnych środków przeciw łuszczycy stosowanych. (*Archiv für Dermatologie* XXI, 2 zeszyt).
Dr. Kraus.

Choroby dzieci.

Prof. A. Baginsky (Berlin): **Dwa przypadki ropnicy u osesków.**

1) Osesek 13-to-dniowy, okazuje zapalenie pępka z następowemi licznemi ropniami w stawach i tkance podskórnéj. Przy oględzinach pośmiertnych, przeprowadzonych wśrod ostrożności aseptycznych, szukano prątków i zrobiono doświadczenia za pomocą hodowli, przyczem autor uzyskał *Streptokokkus*, stwierdzony jako *streptokokkus pyogenes*; uderzającem było, że liczne zatory tych drobnoustrojów w nerkach, śledzionie i wątrobie nie wywołały oddziaływania a narządy okazywały tylko nieznaczne zmiany. Omawiając bezgnilne leczenie ranki pępkowéj u noworodków poleca B. przedewszystkiem czyste utrzymywanie i suchy opatrunek z waty, a wobec toczącego się już zapalenia pępka jodoform. 2) Dziecko trzechmiesięczne okazuje stulejkę, zapalenie napletka, zapalenie ropne tkanki podskórnéj dolnéj polowy brzucha i wewnętrznéj części ud, a z następowem zropieniem stawów nadgarstkowych i żółtaczką. Oględziny pośmiertne wykazały całkowite obumarcie nerek, ale prątków bardzo mało. B. zwraca uwagę na konieczność chirurgicznego leczenia stulejki, skoro tylko występuje wyprysk w sąsiedztwie części rodnych. Daléj podnosi B. niestosunek między obecnością prątków i ich wpływem na narządy. W pierwszym przypadku było obfite nagromadzenie się prątków, a zmiany anatomiczne nieznaczne; w drugim bardzo rozległe i ciężkie zmiany bez prątków. Działanie drobnoustrojów zdaje się więc polegać raczéj na chemicznych składnikach, które stósownie do rodzaju tła odżywczego i miejsca rozwoju prątków rozmaicie się rozwijają. B. radzi nazywać te trujące składniki, ponieważ nie wytwarzają się w trupie, lecz w żyjącym ustroju, ichorynami. (*W. m. Woch.* 1889, Nr. 19). *D. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

Matthews Duncan: **Hysteria, Neurasthenia i Anorexia nervosa.**

Lekarz, chcący mieć powodzenie w leczeniu hysteryi, powinien przedewszystkiem zdobyć zaufanie choréj, a to osiągnąć można tylko postępowaniem stanowczem, nie przechodzącem w surowość. Trzeba jednak zawsze i o tem pamiętać, że mimo takiego postępowania lekarza, histeryczka może każdego czasu go porzucić, co powinien znieść z spokojem. Różne zachwalane sposoby leczenia działają nie bezpośrednio, lecz przyczyniając się do wykorzenienia z umysłu następstw złego wychowania. Histeryczkę, zarzucającą nas tysiącami skarg, można często wyleczyć założeniem pessarium mimo nie istniejącego zboczenia w macicy. Autor przytacza jako przykład kobietę dotkniętą bezgłosem, opierającym się od długiego czasu wszelkim zabiegom leczniczym. Gdy chora prosiła go o pomoc, zapewnił ją, że cierpienie to samo wkrótce ustąpi i odmówił wszelkiego leczenia, poczem chora nie omieszkała zarzucać go licznemi skargami i żalami. Wskutek nalegań krewnych żądała ponownie leczenia, czego jéj znów odmówiono. Nareszcie przeprowadzono wspólną naradę ze specyjalistą, który nie wykrywszy żadnéj choroby, radził le-

czenie elektryczne, ale dopiero po dwu tygodniach, po upływie których odmówił znów wszelkiego leczenia. Chora wielce rozgniewana wyjechała, a w parę dni później doniosła autorowi, że głos ma tak dobry jak nigdy i odtąd wyzdrowiała stale. Określić pojęcie hysteryi jest niemożebnem. Dawniejsze wyobrażenia, że przypady histeryczne miały pochodzić od cierpiącéj macicy, pochodziły z panujących naówczas zapatrywań, że macica jest istotą żyjącą, wędrującą po ciele i różne duchy do różnych części ciała wysyłającą. Że hysteryja nie jest chorobą macicy, dowodzą fakty, że występuje także przed dojrzałością płciową i po skończeniu lat klimakterycznych, tudzież że pojawia się i u mężczyzn. Niewątpliwie jednak pozostaje choroba ta w pewnym związku z narządem płciowym u kobiet, skoro u tych występuje najczęściéj w okresie najwyższego rozwoju płciowego i to daleko częściéj niż u mężczyzn. Jest pewne pokrewieństwo między histeryją a obłąkaniem, a w wielu przypadkach istnieje chorobliwe pożądanie przywiązania i spółczucia, co jest pewnego rodzaju samolubstwem. Zresztą są różne postacie: w jednych przypadkach objawy histeryczne występują tylko w czyjejś obecności lub przy pewnéj sposobności, w innych chore są głęboko przekonane o rzeczywistości swego cierpienia, np. przed zaprowadzeniem środków znieczulających niektóre histeryczki dowiodły rzetelności swych skarg bohaterskiem znoszeniem mąk amputacyi. Przypadki pierwszéj kategoryi najczęściéj można wyleczyć zbawiennem zaniedbaniem, gdy nieprzezorne spółczucie zawsze stan pogarsza.

Nie mniéj trudno określić znaczenie neurastenii, choroby bardzo rozpowszechnionéj i ważnéj. Wielkiéj wagi byłaby możność każdorazowego odróżniania niedomogi nerwowéj od histeryi. Często używa się nazwy neurastenii, aby nie ubliżyć choréj — tymczasem histeryja ma już ustalone stanowisko w patologii, gdy dla niedomogi trzeba je dopiero znaleść. Zresztą nieraz obydwa stany istnieją równocześnie. Niektóra kobieta nie okazuje objawów histeryi, dopóki nie nabędzie niedomogi nerwowéj, z wyleczeniem ostatniéj ustępuje i pierwsza. Histeryję postrzega się zwykle u kobiet silnych, tęgich i dzielnych, bez zboczeń organicznych; kobieta z niedomogą może być otyłą i dobrze wyglądać i nie przedstawiać żadnych zboczeń czynnościowych, ale zazwyczaj traci tkankę mięsną, jest bladą, wygląda niezdrowo, tudzież cierpi zwykle zaparcie stolca i okazuje różne zboczenia w trawieniu. Histeryczki odznaczają się często wielką siłą i zdolnością umysłową i cielesną, chorzy z niedomogą stracili siłę i sprężystość, jako i wytrwałość tak pod względem umysłowym jak cielesnym, ich układ nerwowy jest osłabiony. Co najważniejsza: histeryczka jest samolubna, żąda zajęcia się sobą i spółczucia, gdy w neurastenii brak téj cechy. Histeryczki znajdujemy zwykle między rozpieszczonemi, bezczynnemi i leniwemi, neurasteników zaś śród ludzi nadmiernie pracujących umysłowo, ciężko walczących w życiu, lub moralnie przeciążonych. W leczeniu histeryi lekarstwa mają bardzo podrzędne znaczenie, najważniejszym czynnikiem jest wpływ moralny, a mianowicie zajęcia się i spółczucia. Niedomogę można leczyć różnemi sposobami, najważniejszy jest tu spokój, szczególnie umysłowy, zmiana miejsca i powietrza, leki zaś należy stósować tylko przeciw poszczególnym przypadom.

Anorexia nervosa cechuje się zupełną utratą łaknienia; rychło powstaje wielkie wychudnienie, miesiączka ustaje, i jeśli chora zamężną, następuje niepłodność; wybitne zaparcie stolca, wypróżnienie twarde i suche. Chory nie wymaga spółczucia, przeciwnie lubi samotność i stroni od ludzi, mało narzeka lub wcale nie, za to narzekają otaczający go. Osłabienia umysłowego nie ma, natomiast wielki popęd ćwiczeń, mianowicie do chodzenia, przy czem nigdy się nie męczy i nigdy nie pragnie spoczynku. Przykład: córka lekarza wogóle zdrowa, nawet silna, wyszedłszy za mąż, powiła dziecię. Teraźniejsza choroba rozwija się stopniowo od 3 lat. Przez cały ten czas brak miesiączki i ciągłe zaparcie stolca. Chora przedstawia obraz człowieka zmarłego z głodu. Skóra zimna, blada, bez połysku, oczy zapadłe z siną obwódką, język czysty, tętno bardzo słabe i ledwo macalne, oddech płytki, mocz prawidłowy. Wychudnienie dotyczy nie tylko tłuszczu, ale i mięśni, np. m. *gastrocnemius* zanikł zupełnie. Posiada wielką ochotę chodzić i dość znaczną do tego siłę i chodzi bardzo wiele i bardzo szybko. Jazda jej nie zadowala. Leki nie pomagały wcale. Nakazano jeść i pić, nacierano całe ciało oliwą i polecono prowadzić życie bezczynne. Stopniowo z czasem stan się poprawiał, późniéj rodziła dzieci, a teraz jest tłustą i zdrową.

(The Lancet 1889, maja). *Dr. Smoleński.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII. z dnia 20 marca 1889.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 37.

1) Kol. Rydygier wnosi, aby długich dyskusyi, które słyszy się na posiedzeniu, a następnie odczytuje w sprawozdaniach z posiedzeń w Przeglądzie zamieszczanych, nie odczytywać na posiedzeniach, gdyż przez to traci się czas na co innego przeznaczony. Aby zaś uniknąć zarzutów ze strony przemawiających, wnosi, aby zabierający głos przemówienia swe w jak najkrótszéj formie po posiedzeniu doręczali sekretarzowi, celem umieszczenia ich w protokóle.

W dyskusyi zabierają głos kol. Mars, Rosner i Przewodniczący. Wniosek kol. Rydygiera większością głosów przyjęto.

2) Kol. Bukowski przedstawia chorą z oddziału prof. Obalińskiego, u któréj we wrześniu r. z. wykonano artrektomiję w stawie kolanowym lewym, z powodu gruźliczego zajęcia torebki i głowy kości goleniowéj. Torebkę i wiązadła stawowe usunięto w zupełności, a nadto wyłyżeczkowano kość na dość znacznéj przestrzeni. Jamę zaprószono pyłem jodoformowym, ranę zaszyto w zupełności, nie używając sączków. Wśród prawidłowego gojenia wystąpił na grzebieniu kości goleniowéj lewéj obrzęk bolesny, wielkości jaja kurzego i drugi wielkości orzecha tureckiego nad korzeniem nosa, oba natury gruźliczéj. Obrzęki te otworzono, wyłyżeczkowano, a zagojenie szybko postępowało, tak, że chora 9 grudnia zupełnie wygojona opuściła szpital. Obecnie przeniesioną została z oddziału I. celem wykonania trepanacyi wyrostka sutkowego prawego z powodu ropienia tamże po przebyciu duru brzusznego. Przy téj sposobności skonstatowano, że staw kolanowy lewy prawie prawidłowo funkcyonuje, gdyż kończyna daje się zagiąć więcéj niż pod kąt prosty, a chora używa jéj zupełnie dobrze.

3) Kol. Gluziński przedstawia chorego z kliniki prof. Korczyńskiego, który po urazie (cięcie kosą) w okolicę między 2-gim a 3-cim kręgiem piersiowym doznał przecięcia połowy rdzenia pacierzowego, a obecnie okazuje cały szereg objawów po przecięciu połowy rdzenia obserwowanych i opisanych przez Brown-Séquarda. (Rzecz ta umieszczoną będzie w Przeglądzie Lekarskim). W dyskusyi zabierają głos kol. Korczyński, Bossowski, Krokiewicz, Przewodniczący i Prelegent.

4) Kol. Korczyński przedstawia chorego z własnéj kliniki, u którego skutkiem rany postrzałowéj przed 4-ma laty zadanéj wytworzyły się po lewéj stronie w opłucnéj dwa otoki ropne otorbione, jeden z przodu wypełniający przestrzeń dopełniczą Traubego, drugi w tylnéj bocznéj i dolnéj części klatki piersiowéj. Otoktylny przebił się dobrowolnie na zewnątrz, a w kilka dni późniéj otok przedni przebił się do płuca dając powód do ograniczonéj odmy piersiowéj i do rozpadu dolnéj przedniéj części płuca lewego. Prelegent demonstruje ten przypadek głównie dla przedstawienia i omówienia objawów odmy opłucnowéj i jamy w płucach, które mimo, że leżą obok siebie w najbliższem sąsiedztwie, przecież badaniem przedmiotowem wykazać i rozpoznać się dają. W dyskusyi zabierali głos kol. Przewodniczący i Prelegent.

5) Kol. Rydygier przedstawia chorą, która w przeciągu niespełna $1\frac{1}{2}$ roku przebyła trzy laparatomie szczęśliwie. Pierwszą wykonał z powodu objawów niedrożności jelit kol. Obaliński w sierpniu 1887 r. stwierdziwszy jednak guz natury nowotworowéj w ścianach kiszki ślepéj założył *anus praeter naturam.* Wśród rekonwalescencyi guz zmniejszył się znacznie, stolce ukazały się drogą naturalną, a z nieprawidłowego odbytu pozostała tylko przetoka, z którą chora szpital opuściła. Późniéj zgłosiła się do kliniki chirurgicznéj, gdzie kol. Rydygier celem zamknięcia przetoki otworzył poraz wtóry jamę brzuszną, a znalazłszy

guz, odstąpił od zamiaru i zaszył ranę. Gdy jednak chora koniecznie nalegała, aby jéj przetokę usunięto, otworzył po raz trzeci jamę brzuszną i wykonał ileocolostomią. Chora zabiegi zniosła dobrze, a obecnie nawet mimo pozostawienia guza nowotworowego tyje i czuje się zdrową. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierali głos kol. Obaliński, Przewodniczący i Prelegent.
Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Lekarze wobec projektu nowéj ustawy karnéj austryjackiéj.

Gdy w roku 1874 ówczesny minister sprawiedliwości przedłożył Radzie Państwa projekt nowéj ustawy karnéj, ogłosiłem w *W. med. Presse* uwagi nad tym projektem ze stanowiska sądowo-lekarskiego, które wyszły także w osobnéj odbitce (Wien 1875, in 8-vo str. 65). W uwagach tych systematycznie zestawiłem wszystkie ustępy projektu, odnoszące się tak do praktyki sądowo-lekarskiéj, jako też mające w ogóle znaczenie dla stanu lekarskiego. Pisząc późniéj w dziele zbiorowem Maschki o obrażeniach cielesnych, zestawiłem przepisy mieszczące się w kodeksie karnym, dotąd obowiązującym, następnie przepisy kodeksu karnego niemieckiego, a wreszcie przepisy projektu nowéj ustawy karnéj austryjackiéj, wykazując zasadnicze różnice, zachodzące pomiędzy klasyfikacyją uszkodzeń w dwóch pierwszych ustawach, oraz nieznaczne różnice, jakie istnieją w kodeksie niemieckim a projekcie austryjackim, z których ostatni opiera się głównie na zasadach przyjętych w pierwszym. Uwagi wówczas przezemnie podane doczekały się uwzględnienia ze strony kolegów oraz prawników (jak n. p. słynnego kryminalisty prof. Geyera w Monachijum), a nie straciły one skromnéj swéj wartości i teraz jeszcze, skoro projekt nie tylko w roku 1874 nie został w Radzie państwa załatwiony, ale przedłożony po raz drugi w r. 1881 z pewnemi nieznacznemi zmianami znów nie doczekał się załatwienia i z tego powodu nie dawno temu przez ministra sprawiedliwości hr. Schönborna, znów nieznacznie zmieniony, po raz trzeci wniesiony i poruczony został komisyi, obecnie nad nim obradującéj. Nie zamierzam atoli rozpisać się znów obszernie nad projektem, gdyż specyjalnie sprawą zajmujących się kolegów odesłać mogę do uwag w języku niemieckim wyczerpująco podanych; poprzestanę obecnie na zwróceniu uwagi kolegów, a głównie gron lekarskich, przeważnie na parę ustępów projektu, w wysokim stopniu stan lekarski obchodzących.

Projekt — a ponieważ spodziewać się należy, że tenże tym razem przecież doczeka się ostatecznego załatwienia — więc nowa ustawa karna dla lekarzy ma znaczenie dwojakie: raz pod względem sądowo-lekarskim, a powtóre pod względem ogólno lekarskim.

Lekarze sądowi znajdą się w sytuacyi gruntownie zmienionéj. W Niemczech lekarze sądowi już oswoili się z pojęciami, zawartemi w nowym kodeksie karnym — ale potrzeba było kilku albo kilkunastu lat, zanim dawnych zapatrywań i przywyknień pozbyć się mogli. Zrazu dziwnem im się wydawało, aby obrażenie tak znaczne, jak np. złamanie kości udowéj, obydwóch kości podudzia lub przedramienia, które dawniéj uchodziły, a u nas do téj chwili uchodzą za ciężkie uszkodzenia, nawet kwalifikowane, miały na przyszłość stanowić lekkie tylko uszkodzenie cielesne. Sprzeciwiało się to niby przekonaniu ich lekarskiemu, a jednak spuścili z uwagi, że gdy pojęcia ciężkiego lub lekkiego uszkodzenia nie są wcale lekarskiemi, lecz czysto prawniczemi, wolno prawodawcy klasyfikacyję uszkodzeń urządzić według swego przekonania i zapatrywania. To też opozycyja lekarska przycichła i ustała zupełnie, gdy po rozwadze trzeźwéj przyznać wypadało, że klasyfikacyja nowa jest postępową, odpowiednią do wymogów sprawiedliwości, a wygodniejszą aniżeli dotychczasowa w praktyce. Znając tę walkę, jaką staczać musieli ze sobą lekarze niemieccy, zanim potrafili zastosować się do nowéj klasyfikacyi, zwracam od lat wielu uwagę uczniów moich na różnice, zachodzące między klasyfikacyją dawniejszą, u nas dotąd obowiązującą, a nową niemiecką, którą z bardzo nieznacznemi zmianami przyjął także projekt w mowie będący i tuszę sobie, że ustawa nowa nie znajdzie ich nieprzygotowanych. Różnice te zaś są zasadnicze i bardzo ważne. Podczas gdy kodeks karny dotąd u nas obowiązujący dzieli uszkodzenia cielesne na lekkie, ciężkie proste, ciężkie kwalifikowane niższego i wyższego stopnia i śmiertelne — w projekcie, tak jak w kodeksie niemieckim, spotykamy się z podziałem uszkodzeń na lekkie, lekkie kwalifikowane, ciężkie, ciężkie kwalifikowane i śmiertelne. Jednak nie na tem przesunięciu granic poszczególnych rodzai uszkodzenia polega wyższość klasyfikacyi nowszéj, lecz na dokładniejszem zdefiniowaniu uszkodzenia ciężkiego, które tak tu, jak i w dawniejszych ustawach jest podstawą podziału. Podczas gdy w § 152 kodeksu z r. 1852 definicyja ciężkiego uszkodzenia jest niedokładną, nawet nie bardzo loiczną i dla tego ciągłych wymagała komentarzy, § 232 projektu podaje definicyję bardzo dokładną:

„Jeżeli w następstwie uszkodzenia cielesnego obrażony „traci ramię, rękę, nogę, stopę, nos, wzrok na jednem lub obu „oczach, słuch, mowę lub zdolność plodzenia, albo ulega charła-„ctwu, porażeniu lub chorobie umysłowéj, albo zatrzymuje oszpe-„cenie trwałe, wtedy z powodu ciężkiego uszkodzenia „cielesnego wymierzyć należy karę więzienia nie poniżéj je-„dnego miesiąca“.

Podstawą więc zbrodni ciężkiego uszkodzenia może być tylko jedna z wyliczonych następstw trwałych, które koniecznie skonstatować należy, zanim się przypuszcz ciężkie uszkodzenie, a nie nadwerężenie zdrowia przemijające, jak dotychczas. Nadto kara za tak znaczne obrażenie jest o tyle bardzo łagodną, o ile prawodawca pozostawia sędziemu zupełną swobodę w wymierzaniu kary począwszy od jednego miesiąca prostego więzienia, co jest rzeczą nadzwyczaj ludzką i sprawiedliwą, bo sędzia może indywidualizować, podczas gdy dotąd uszkodzenie ciężkie kwalifikowane odpowiadające ciężkiemu uszkodzeniu według § 232 projektu, karane było ciężkiem więzieniem od 5—10 lat. Tylko w razie, jeżeli uszkodzenie cielesne zadane zostało w zamiarze sprowadzenia jednego z następstw w § 232 wyliczonych (ciężkie uszkodzenie kwalifikowane) kara według § 233 dochodzić może aż do 10 lat ciężkiego więzienia, począwszy od prostego więzienia nie poniżéj 6 miesięcy.

Wszystkie natomiast obrażenia cielesne, nie dochodzące do miary i wysokości ciężkiego, stanowią lekkie uszkodzenie cielesne, które według § 230 karane będzie więzieniem prostem aż do 6 miesięcy lub grzywną aż do 500 złr. Tylko w trzech przypadkach według § 231 uszkodzenie cielesne karane jest tylko więzieniem (a nie grzywną), (uszkodzenie lekkie kwalifikowane), a mianowicie: a) jeżeli ono połączone było z nadwerężeniem zdrowia lub niezdolnością do pracy nad jeden tydzień trwającem, lub ze szczególnemi męczarniami; b) jeżeli zdziałane zostało za pomocą narzędzi, lub śród okoliczności, wywołujących niebezpieczeństwo dla życia i c) jeżeli popełnione zostało na krewnych w linii wstępującéj. Wreszcie według § 234 uszkodzenie, które śmierć obrażonego ze sobą pociągnęło, jest śmiertelnem i karanem będzie ciężkiem więzieniem aż do lat 15 lub prostem więzieniem nie poniżéj 1 roku.

Przyzna każdy, że podział ten jest o wiele prościejszy i racyjonalniejszy od dotychczasowego, a po przyzwyczajeniu i oswojeniu się z nim będzie on dla lekarza również wygodnym, jak waga dziesiętna, która po zaprowadzeniu na razie także wydawała się niewygodną nowacyją.

Również odpowiedniejszą jest stylizacyja odnosząca się do otrucia. Podczas gdy kodeks dotychczasowy w § 135 wspomina tylko o skrytobójstwie, które popełnione zostaje za pomocą trucizny lub w inny sposób podstępny, § 237 projektu orzeka:

„Kto komu innemu, celem uszkodzenia go na zdrowiu, „zadaje truciznę lub inne przedmioty, które zdolne „są zniszczyć zdrowie, karany będzie ciężkiem więzieniem „aż do lat 10. Jeżeli przez czyn wywołano ciężkie uszkodzenie „cielesne, wymierzyć należy karę od 5—15 lat, jeżeli zaś następ-„stwem czynu była śmierć człowieka, karę ciężkiego więzienia „nie poniżéj lat 10“.

Otóż przez opisanie wyrazu trucizny słowami „lub inne przedmioty (istoty) zdolne zniszczyć zdrowie“ podano prawie

definicyję pojęcia trucizny, któréj niema w kodeksie dotychczasowym.

Dość znaczne zmiany zaprowadzono także w definicyi dzieciobójstwa. § 222 bowiem opiewa:

„Matka, która podczas lub bezpośrednio po poro„dzie dziecko swoje zabija lub do zabicia onego się przyczy„nia, albo też przez umyślne zaniedbanie pomocy przy porodzie „potrzebnéj o śmierć przyprawia, karaną będzie ciężkiem więzie„niem aż do lat 15 lub prostem więzieniem nie poniżéj 1 roku“.

W paragrafie tym czas popełnienia zbrodni téj tak zw. uprzywilejowanéj jest dokładniéj ograniczony; prawodawca nie czyni różnicy między zabójstwem dziecka ślubnego lub nieślubnego, jak to dotąd się dzieje, a kara jest o wiele łagodniejszą, bo wolno sędziemu zejść do kary najniższéj 1 roku prostego więzienia.

W zbrodniach i przestępstwach, stanowiących wykroczenie przeciw obyczajności prawodawca przedewszystkiem wyrugował sztuczne pojęcie shańbienia tak trudno określić się dające i zna obecnie tylko 1) nierząd przeciwny naturze (§ 186), co do którego atoli utrzymał niepotrzebnie także nierząd praktykowany pomiędzy kobietami, który według naszego doświadczenia u nas nigdy nie staje się przedmiotem dochodzenia, a gdyby przypadek taki się zdarzył, dochodzenie zakończyłoby się niezawodnie uwolnieniem dla niemożności sprawdzenia czynu; nierząd ten karany będzie tylko prostem więzieniem; 2) zgwałcenie (§ 189) według którego ciężkiem więzieniem aż do lat 15 lub prostem więzieniem nie poniżéj 1 roku karanym będzie, kto za pomocą gwałtu lub przez zagrożenie niebezpieczne dla ciała lub życia zmusza kobietę do spółkowania niemałżeńskiego, lub kto nadużywa kobiety do spółkowania niemałżeńskiego, wprawiwwszy ją poprzednio na ten cel w stan bezbronności lub bezwoli. Zgwałcenie popełnione na wszetecznicy pociąga za sobą karę prostego więzienia nie poniżéj 1 roku. Jeżeli następstwem czynu było uszkodzenie cielesne kwalifikowane lub ciężkie, lub śmierć obrażonéj, wtedy ma miejsce tylko ciężkie więzienie aż do 20 lat. Spółkowanie wykonane z osobą, która (bez przyczynienia się sprawcy) znajduje się w stanie bezbronności lub bezwoli, lub czynności sprośne popełnione na osobie nie mającéj lat 14, nie stanowią już zgwałcenia karane będą łagodniéj, bo ciężkiem więzieniem aż do lat 5 lub prostem więzieniem nie poniżéj sześć miesięcy; 3) czynności sprośne (§ 185, 187, 188) karane prostem więzieniem od 3 miesięcy aż do 5 lat ciężkiego (czynności te nie są bliżéj określone, ale też lekarza nie obchodzą).

Dla psychijatryi sądowéj ważnym jest § 56-ty, który opiewa:

„Czyn nie jest karygodnym, jeżeli ten, który go popełnił, w tym czasie znajdował się w stanie nieświadomości lub chorobowego nierozwinięcia lub upośledzenia wła„dzy umysłowéj, który odjął mu możność kierowania się „wolą wolną lub rozpoznania karygodności czynu.“

Przepis ten jest jasny i dobrze wystylizowany; jest on bez porównania lepszy od § 2-go dotychczasowego kodeksu, w którym mowa o niepoczytności; odpowiedniejszy nawet od odnośnego przepisu kodeksu niemieckiego (§ 51), w którym poczytność oparto głównie na własnowolności, podczas gdy pominięcie zdolności rozeznawczéj uczyniło koniecznem dodanie osobnego przepisu (§ 58), poświęconego niepoczytności, będącéj wynikiem niezdolności do rozeznania karygodności czynu; w naszym projekcie przeciwnie wszystko zestawione jest w jednym paragrafie. Poczytności zmniejszonéj projekt nie zna, natomiast ustawa zapewnia bezwarunkowo bezkarność zupełną dzieciom niżéj lat 12, warunkowo, t. j. jeżeli nie posiadały zdolności rozeznawczéj, dzieciom pomiędzy 12 a 18 rokiem życia, przypuszcza zaś wobec ostatnich, nawet jeżeli posiadały tę zdolność, okoliczności łagodzące, wymierzając kary nierównie niższe; wreszcie uwzględnia osoby pomiędzy 18 a 20 rokiem życia się znajdujące, dla których w pewnych podanych razach kara również jest złagodzoną.

Jeżeli wyliczone dotąd przepisy odnoszą się do kwestyj, w których wprawdzie interwencyja lekarska jest potrzebną, ale pośrednio tylko i to tylko pewną część lekarzy, tj. sądowych wyłącznie obchodzą, to ustawa zawiera także przepisy, obchodzące stan lekarski w ogólności, nad któremi więc nieco obszerniéj zastanowić się wypada. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** Na ostatniem posiedzeniu swem Wydział lekarski wybrał dziekanem na rok przyszły prof. Łazarskiego i zamianował asystenta przy klinice chorób skórnych i wenerycznych Dra Schwarza na dalsze 2 lata.

* Na przedostatniem posiedzeniu Rady miejskiéj zgodzono się na wniosek sekcyi ekonomicznéj na oddanie Dr. Jordanowi od 1 lipca 1888 do 1 lipca 1891 gruntu na Błoniach, 14 morgów obejmującego, celem urządzenia własnym jego kosztem parku angielskiego. Po upływie tego terminu park przez Dra Jordana urządzony gmina obejmuje we własny zarząd i opiekę. W uznaniu szlachetnych dążności Dra Jordana Rada powierzyła mu dożywotnią kuratoryję tego parku, a na wniosek Dra Paszkowskiego uchwalono wśród oklasków, że w uznaniu zasług i wielkiéj ofiarności założyciela park na błoniach będzie nosił nazwę Dra Jordana. Tym sposobem sprawa ta, tak wielce ogół obchodząca, załatwioną została w sposób równo zaszczytny dla gminy i dla założyciela.

Na posiedzeniu zaś ostatniem prof. Domański przedstawił sprawę wodociągową. Po długiéj dyskusyi i przedstawieniu opinii fachowéj przez uproszonego *ad hoc* prof. geologii Dra Szajnochę rozprawy ogólne nie zostały zamknięte, a dalszy ciąg odbędzie się zapewne na następnem posiedzeniu. W każdym razie pocieszającą jest rzeczą, że sprawa, od któréj zależy dobrobyt i powodzenie miasta naszego, już przekroczyła badania wstępne i dostała się nareszcie przed plenum Rady, która zapewne załatwi ją po myśli ogromnéj większości mieszkańców, i tym sposobem zapewni staremu naszemu grodowi piekną przyszłość.

* Dotychczasowy sekundaryjusz przy zakładzie obłąkanych w Krakowie, Dr. Kohlberger, mianowany został przez Wydział krajowy sekundaryjuszem w Kulparkowie. Dr. Kohlberger znany tu był z pracowitości swéj i sumiennego pełnienia obowiązków, a cierpliwością i spokojem odpowiada w zupełności wymogom stanowiska trudnego, na które Wydział krajowy go powołał.

* W przeszłą sobotę odszedł ztąd pierwszy pociąg pospieszny kolei państwowéj, mający ułatwić komunikacyję jadącym do Rabki i Zakopanego. Dyrekcyja kolei zaprosiła kilkunastu lekarzy i dziennikarzy do udziału w téj jeździe, którzy tym sposobem mieli sposobność uczestniczenia w pięknéj wycieczce do Rabki, gdzie podejmowani byli przez właściciela tego zdrojowiska. Odtąd pociąg ten przez cały sezon kąpielowy codziennie zrana z Krakowa odchodzić będzie.

* W Krynicy było dotąd gości 562, w Iwoniczu 433, w Cieplicach czeskich 2609.

* **Lwów.** Krajowa Rada zdrowia rozpoczęła z dn. 1 bm. nową kadencyję 3-letnią. Członkami Rady mianował Rząd Drów: Cassinę, prof. Czyżewicza, Krówczyńskiego, Opolskiego i Riegera; Wydział krajowy zaś powołał Drów Merczyńskiego i Ziembickiego. Przewodniczącym Rady wybrany został prof. Czyżewicz, zastępcą jego Dr. Opolski. Wyboru tego winszujemy i Radzie i krajowi.

† **Rosyja.** Naczelnik miasta Petersburga przez wzgląd na częste przypadki nagłego zachorowania w łaźni i braku szybkiéj pomocy rozkazał, ażeby przy wszystkich łaźniach publicznych urządzoną była podręczna apteczka.

† **Francyja.** Pomiędzy innemi zjazdami odbędzie się podczas wystawy paryskiéj zjazd międzynarodowy lekarzy chorób usznych i gardlanych pod przewodnictwem prof. Duplaya.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Wskutek śmierci prof. Breisky'ego Wydział lekarski wybrał komisyję, celem proponowania następcy. Do komisyi téj należą proff. Albert, Kundrat i Toldt. Komisyja ta ma podobno przedstawić terno w następującym porządku: Chrobak, Rokitańsky, Pawlik. — **Halla.** Radzca w Urzędzie zdrowiu Dr. Renk mianowany został zwyczajnym profesorem higijeny i ma sobie poruczone także wykłady z historyi medycyny. — **Bonn.** Dr. Pelman mianowany zwyczajnym profesorem psychijatryi i tajnym radzcą lekarskim. — **Groninga.** Dr. van Wijhe z Fryburga mianowany zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj.

*** Odznaczenie.** Lekarz przyboczny królowéj angielskiéj, Sir William Jenner otrzymał wielki krzyż orderu łaziebnego, największe odznaczenie, które dotąd dostało się w udziale lekarzowi angielskiemu.

*** Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Tadeusz Czyszczan z N.-Sącza, Stefan Karaś z Wiercieliszek na Litwie, i Władysław Staniszewski z Wiśnicza.

*** Nekrologija.** We Wiedniu zmarł radzca ces. i b. lekarz policyjny Dr. Markbreiter, licząc lat 81. — W Londynie zmarł młody fizyjolog Dr. Karol Wooldridge w 31-szym roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 6: Sędziaka: O leczeczeniu t. zw. suchot krtaniowych (dok.); — w *Gazecie Lek.* Nr. 25: Pawińskiego. Strophantus. Jego wpływ na serce (c. d.).

Sprostowanie. W Nrze 25, str. 318 zamiast Kaliński powinno być Koliński, który jest autorem pracy referowanéj. Jestto prosta omyłka drukarska, a nikt nie miał zamiaru przypisania komu innemu pracy o działaniu naftaliny na oczy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN
Z WIEDNIA
jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 61—8—8

IWONICZ

Zakład zdrojowo - kąpielowy (w Galicyi)

stacyja kolei „Iwonicz"

Szczawy alkal. słone — jod i brom zawierające.

Skuteczne w chorobach skrofulicznych i ich złośliwych następstwach w chorobach skórnych, syfilitycznych, reumatyzmie i w rozlicznych chorobach kobiecych.

Kąpiele mineralne, borowinowe, igliwijowe, tuszowe i rzeczne.

Mleko, żętyca, kefir, inhalatorjum.

Znakomita stacyja klimatyczno-lecznicza.

Pora kąpielowa podzielona na 3 sezony od 20 Maja do końca Września.

Mieszkania w 1-szym i ostatnim sezonie o $^1/_3$ część tańsze.

Lekarz zdrojowy **Dr. Kl. Dębicki**, b. asystent klin. Uniwersytetu Jagiellońskiego. 50—14—10

Prospekta rozseła franco *Dyrekcyja.*

PIERWSZA DROGUERYA

Jakóba Wiśniewskiego, magistra farmacyi

w Krakowie, ulica Stradom

poleca

po cenach fabrycznych.

Wszelkie towary apteczne, środki uniwersalne, bandaże, aparaty, instrumenta, opatrunki chirurgiczne, oraz skład wód mineralnych. — Wszelkie zamówienia uskuteczniają się odwrotną pocztą. — Próbki i ceny na żądanie bezpłatnie i frco. 34—40—14

Iszy KONCESYJONOWANY

ZAKŁAD KROWIANKOWY

polecony przez krak. Towarzystwo lekarskie a pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

Weterynarza miejskiego i docenta Weterynaryi rozseła zawsze

ŚWIEŻĄ i PEWNĄ KROWIANKĘ

zbieraną pięć razy w tygodniu.

Cena fioli na 8—10 pustułek 1 Złr.

W większych ilościach stosowny opust.

Lwów. — Ulica Batorego 7. 88—10—5

Skład we Lwowie w aptekach pp. Mikolascha, Pipesa, Kochanowskiego i Wiewiórskiego; w Krakowie w aptece p. Redyka, Siedleckiego i Stokmara.

Odszczególnioną medalem rządowym. **KROWIANKĘ** Wystawa krajowa, Kraków 1887.

pewną i czystą poleconą przez Kom. przem. Tow. lek. krak. rozsyła concess. ***Zakład Krowiankowy w Lisku*** po cenie **60** cnt. za fiolę szklanną lub kauczukową, wystarczającą do zaszczepienia 3 dzieci. 73—20—8

Skład w aptekach: Wgo K. Wiszniewskiego i Wgo L. Rosnera w Krakowie; Wgo J. Baisera i Wgo Sklepińskiego we Lwowie i Wgo Lepiankiewicza w Przemyślu.

Większe obstalunki znacznie taniej uprasza się kilka dni naprzód zamówić. ***Józef Freysinger*** lekarz miejski.

Kol. Karola Ludwika, Koleją państwową Koleją lwowsko-Czerniowiecko-Jasską i węgiersko-galicyjską do Drohobycza.

Truskawiec

ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY

i

STACYJA KLIMATYCZNO-LECZNICZA

w Galicyi wschodniej.

Urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Kol. Karola Ludwika, Koleją państwową Koleją lwowsko-Czerniowiecko-Jasską i węgiersko-galicyjską do Drohobycza.

Zdrojowisko i uzdrowisko w uroczéj górskiéj okolicy (415 m. n. p. m.) niezwykle bogate w najrozmaitsze środki lecznicze.

Zdroje słone i słonoglauberskie w zupełności zastępujące Kissingen, Homburg, Marienbad, Kreuznach, Veynhausen, Wiesbaden itd. itd.

Najsilniejsza w Europie solanka siarkowcowa, szczawa alkalowo-ziemna, kąpiele słono-siarkowcowe, przewyższające wszelkie inne kąpiele słone, słone jodowo bromowe i słono siarczane w kraju i zagranicą. Kąpiele siarczane. Kąpiele borowinowo-żelaziste. Kąpiele mułowo słone i słono-siarczane. Kąpiele igliwiowe. Natryski nosowe i wziewalnie urządzone według najświeższych wzorów. Leczenie elektrycznością. Miesienie. Żętyca. Mleko. Kefir. Apteka i skład wód mineralnych. Kąpiele rzeczne, natryski itd. itd.

Zalecana przez najznakomitszych lekarzy krajowych i zagranicznych w cierpieniach skrofulicznych, gośćcowych, dnawych, syfilitycznych, w przewlekłych chorobach przewodu pokarmowego, chorobach nerek i pęcherza, w rozmaitego rodzaju chorobach kobiecych, skórnych i nerwowych.

Ordynuje lekarz zakładowy Dr. **Aureli Plech**, cesarski radca z Jarosławia.

Przeszło 300 pokoi wygodnie urządzonych, piecami zaopatrzonych z łóżkami żelaznemi i materacami, od 50 ct. do 3 zł. dziennie. Kaplica łacińska, cerkiew ruska, czytelnia dla pań i panów, doborowa orkiestra, piękna sala balowa, fortepjan, przyrządy do gier towarzyskich, trzy restauracyje a zakładowa na czele, cukiernia, kawiarnia, restauracyje izrrelickie, sklepy, fryzyjer, cyrulik itd. Skwery ozdobne, prześliczne spacery, wycieczki w góry, zabawy towarzyskie, reuniony itd. 86—5—5

W pierwszym (od 26 Maja do 1 Lipca) i ostatnim sezonie (od 15 Sierpnia do 15 Września), pomieszkania w domach zakładowych o 30% tańsze. Wszelkiego rodzaju zamówienia przyjmuje i wszelkich objaśnień udziela Zarząd zdrojowy w Truskawcu.

Ubodzy uwzględniani będą tylko w ostatnim sezonie.

Pora kąpielowa trwa od 25 Maja do 15 Września.

Dyrektor Zakładu ***Dr. Bolesław Lutostański.***

TABLETKI Z WYCIĄGIEM KASKARY

7—52—26

wyrobu **Konstantego Wiszniewskiego**, aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

HAY'A

pierwszy c. k. koncesyonowany i subwencyonowany przez W. Ministerstwo

Zakład szczepienia krowianki

w Wiedniu, Alserstr. 18.

(Założony w roku 1873.)

Rozsyła przez cały rok czystą zwierzęcą lymfę w fiolkach, flakonikach (Pasta-Lymphe) i w igiełkach kościanych.

Za przyjmowanie lymfy ręczy się, tak że w razie nieprzyjęcia tejże udziela się bezpłatnie innej. 85—12—6

Wskutek licznych zamówień ze strony p. t. urzędów i lekarzy prakt. osiągnięto tak wielki obrót, że zakład jest w możności **cenę znacznie obniżyć.** Jedna fiola dla 2-3 szczepień kosztuje **1** złr. Na żądanie mogą być mniejsze po **50** cnt. — Flakonik lymfy gęstej (Pasta-Lymphe) 1 gr. wystarczający dla 100 szczepień, **10 złr.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 6 Lipca 1889. Nr. 27.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyai księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Dalsze uwagi nad doszczętną operacyją przepuklin metodą Mac Ewena.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński.

Po pierwszem mojem ogłoszeniu w téj kwestyi postanowiłem zebrać sobie większy nieco materyjał kazuistyczny i dopiero na takiéj pewnéj podstawie poddać krytyce tak właściwe zasadnicze postępowanie, jako też i modyfikacyję przezemnie podaną i albo nadal ją zalecić, albo stosownie do okoliczności zmienić, a nawet odrzucić.

Tymczasem artykuł w tejże saméj sprawie przez Dra W. H. Krajewskiego, ordynatora szpitali warszawskich, w 18 i 19 Nrze niniejszego tygodnika ogłoszony, a owo przezemnie podane postępowanie rozbierający, zmusza mnie do wcześniejszego wystąpienia przed publiczność lekarską, co jednak tem chętniéj czynię, raz, że dyskusyja tak racyjonalnie pokierowana, jak to Dr. Krajewski uczynił, może najprędzéj i najskuteczniéj do pożądanych wyjaśnień i porozumień doprowadzić, a powtóre, że, jakkolwiek nie tak bardzo znaczną, zawsze wystarczającą zebrałem liczbę nowo obserwowanych przypadków, na podstawie których w sprawie téj głos zabrać mogę.

Przedewszystkiem podaję krótką treść tych przypadków:[1])

7. Ant. B. l. 28 liczący, robotnik, zgłosił się na oddział w dniu 17 grudnia 1888 z zaciśniętą przepukliną pachwinową prawą, wielkości pięści męskiéj. Gdy w narkozie chloroformowéj udało się ją odprowadzić, postanowiłem zapobiedz dalszym tego rodzaju następstwom przez wykonanie doszczętnéj operacyi tejże. Po oddzieleniu worka przepuklinowego podwiązano go u saméj nasady, lecz nieco za mocno, a zresztą postąpiono jak w innych przypadkach.

O przebiegu zanotować wypada, że tenże z początku był zupełnie prawidłowym, przy bardzo nieznacznem podniesieniu temperatury ciała (do 38·2°), co trwało aż do siódmego dnia po operacyi, w którym odjęto szew płytkowy, przyczem z kanału po nim pozostałego zaczęła się wydobywać ropa.

W kilka dni później rozeszły się w tem miejscu brzegi rany, a z głębi wydobyłem ligaturę jedwabną i część worka zmartwiałego. Odtąd gojenie postępowało bardzo szybko, tak, że 18-go dnia po operacyi mógł pacyjent jako zagojony opuścić szpital. W miesiąc późniéj przedstawił się w stanie bardzo dobrym; po nad więzem Pouparta można było wyczuć wyniosłość, stawiającą opór uderzającym w nią jelitom.

8. M. W. lat 44 liczący, szkólnik z Baranowa, przybył na oddział dnia 4-go stycznia 1889 z polecenia Dra Bąkowskiego, który mu w ciągu roku 1888 trzy razy odprowadzał przepuklinę uwięzgniętą w narkozie chloroformowéj, a tym razem również uwięzgniętéj, lecz groźnych przypadków nie przedstawiającéj przepukliny nie mógł usunąć i polecił pacyjentowi, raz dla usunięnięcia chwilowego niebezpieczeństwa, a powtóre dla zabezpieczenia się od ciągle powtarzających się niemiłych napadów, poddać się radykalnéj operacyi.

Przepuklina pachwinowa lewa była wielkości sporej pięści i kazała przypuszczać, że tym razem uwięzgła sama sieć.

Chory zgodził się na operacyję, którą wykonano zaraz dnia następnego t. j. 5-go stycznia r. b. Gdy większa część treści wprawdzie odprowadzić się dawała, mniejsza zaś uporczywie w worku się utrzymywała, otworzono ten ostatni i część sieci zgrubiałą po podwiązaniu odcięto, sam zaś worek przepuklinowy od części miękkich go otaczających odpreparowano i złożywszy go wzdłuż osi podłużnéj poprzecznie go przeszyto kilkoma szwami na wskroś przechodzącemi i na przemian się obejmującemi. Zresztą postąpiłem tak, jak dotychczas, t. j. dwie nitki, poprzecznie przez ten żywy tampon przeprowadzone, wyprowadziłem od wewnątrz ku zewnątrz przez obydwa filary bramy przepuklinowéj i wepchnąwszy tampon po za nie, związałem odpowiednie końce ze sobą. Drenu nie wkładałem do rany mosznowéj, którą zeszyłem kilkoma szwami węzełkowemi.

Z dalszego przebiegu mam do zanotowania, że rana zagoiła się *per primam* tak, iż dziesiątego dnia usunięto wszelki opatrunek, a bliznę pociągnięto kolodyjonem z jodoformem; mimo tego pacyjent był niespokojnym i skarżył się na bóle w brzuchu, osobliwie nieco powyżéj rany. Wyjaśniło się to po wytworzeniu się nie bardzo wielkiego ropnia w okolicy zeszytej bramy, który przez kanał szwu sam na zewnątrz się otworzył. Pomimo przedstawienia z méj strony, chory uparty odjechał do domu, gdzie musiano mu w 2 tygodnie późniéj wytworzone zatoki rozciąć

[1]) Dla ułatwienia porozumienia się, daję liczby porządkowe moich przypadków w ciągu dalszym.

jednę ku górze, t. j. ku zeszytéj bramie przepuklinowéj, zkąd wydobyto wyropiałą ligaturę i kilka kawałków nekrotycznéj tkanki (zapewne od worka przepuklinowego pochodzącej), a drugą o wiele dłuższą ku dołowi. W połowie marca zatoki owe się zagoiły. Dr. Bąkowski, którego uprzejmości owe szczegóły zawdzięczam, donosi mi w połowie maja, że blizny pooperacyjne są obecnie mało widoczne, że palec oparty o zaszytą bramę nie czuje w głębi ani przy kaszlu, ani przy parciu żadnego uderzenia, że jednak mimo skrzętnego badania nie mógł wyczuć po nad i po za więzem Pouparta żadnego charakterystycznego guza pod skórą, któryby odpowiadał owemu żywemu tamponowi.

9. Teresa N. l. 56, cierpi na przepuklinę udową od lat 30; tylko w pierwszych latach używała paska; w dniu 9-tym stycznia 1889 poczuła nagle ból w niéj przy podniesieniu konewki z wodą; odtąd ból utrzymywał się i wystąpiły wymioty. Następnego dnia rozpoznałem w szpitalu przepuklinę udową prawą uwięzgniętą, wielkości jaja kurzego i zaraz przystąpiłem do operacyi.

Po zniesieniu zaciśnięcia i odprowadzeniu jelit przeszyłem worek w saméj szyi w poprzek kilkoma szwami, sfałdowałem go podłużnie i przeprowadziłem nitkę z góry na dół, któréj jeden koniec wykłułem od wewnątrz ku zewnątrz przez wiąz Pouparta, drugi tak samo przez powięź biodrołonową (*f. ileopectinea*). Obydwa te końce nitki z sobą związane po włożeniu sfałdowanego worka po za bramkę przepuklinową zamknęły jéj wrzeciądze szczelnie. Kilkoma szwami zespoiłem brzegi rany skórnéj. W tydzień późniéj wyszła chora z raną zupełnie zagojoną.

10. Bł. Ż. lat 65, wieśniak z Kobylca, zgłosił się do mnie 26 stycznia 1889, aby go wyleczyć z przepukliny nie dającéj się przytrzymać paskiem i dokuczającéj mu swemi znacznemi rozmiarami. Rzeczywiście stwierdziłem lewą przepuklinę pachwinową wolną, ruchomą, długości 22 ctm. i objętości w poprzek 32 ctm.

29-go stycznia przystąpiłem do operacyi doszczętnéj, przy któréj po odprowadzeniu treści do jamy brzusznéj i oddzieleniu worka od otaczających go części miękkich aż po za filary bramy przepuklinowéj przeszyto go w szyi poprzecznie kilkoma szwami materacykowemi. Zresztą postąpiono jak poprzednio. Zeszycie rany skórnéj bez drenu.

Z przebiegu mam do nadmienienia, że ciepłota ciała tylko raz, t. j. w trzeciéj dobie, podniosła się do 39° C., że powstał obrzęk moszen, dochodzący do wielkości głowy dziecka, że jednak tenże powoli się zmniejszał, że wreszcie rana zagoiła się *per primam* bez ropienia, a chory wyszedł w miesiąc po operacyi zupełnie zdrów do domu. W głębi nad więzem Pouparta wyczuć można było guz nieruchomy wielkości jaja kurzego, stawiający opór jelitom.

11. Wojc. K. l. 26 liczący, wieśniak, sprowadzony przez brata swego posługacza w naszym oddziale, zachęconego świetnemi dotychczasowemi rezultatami doszczętnego leczenia przepuklin. Pacyjent okazywał przepuklinę wielkości dwóch pięści wchodzącą i wychodzącą z łatwością z kanału pachwinowego prawego; paska nigdy nie używał. W dniu 1-go lutego wykonano operacyję w taki sam sposób, jak w poprzednim przypadku i opatrzono bez drenu.

W trzecim i czwartym dniu podniosła się temperatura ciała do 39° C., zresztą była prawidłową przedtem i potem; szóstego dnia odjąłem pierwszy opatrunek i znalazłem ranę zagojoną *per primam*, tylko moszna i prącie znacznie obrzękłe i krwią podbiegnięte. Obrzęk ten zmniejszał się powoli, lecz stale pod okładami z octanu glinowego, a po miesiącu opuścił pacyjent zakład z zadowoleniem, że pozbył się cierpienia uporczywego; stwierdziłem bowiem przy wyjściu zupełne zarośnięcie kanału pachwinowego, wybitną poduszeczkę, wytworzoną w głębi po nad więzem Pouparta i bliznę na mosznach skonsolidowaną. W 4 miesiące późniéj doniósł pacyjent bratu, że otwór jest zupełnie zarośnięty i nie przepuszcza jelit wcale na zewnątrz.

12. Jan S. ekspres, lat 56 liczący, cierpi na przepuklinę od lat 30, a przed 20 stoma był w tutejszéj klinice operowany z powodu uwięzgnięcia tejże. Obecnie przepuklina pachwinowa lewa dochodzi do rozmiarów głowy dorosłego mężczyzny, nie daje się przytrzymać paskiem i przeszkadza przy chodzeniu i pracy.

W dniu 11-go lutego przystąpiłem do operacyi, przy któréj worek się przedarł podczas oddzielania od otaczających go części. W szyi jego założyłem trzy szwy poprzeczne celem zamknięcia worka, a zresztą postąpiłem jak w poprzednich przypadkach. Opatrunek bez drenu.

Pierwszy opatrunek pozostał przez dni cztery, a gdy go zdjęto, znaleziono ranę sklejoną, tylko worek mosznowy bardzo obrzękły, tak, iż szwy się mocno wbiły w brzegi rany. Dwa z nich odjęto i całą okolicę okładami z octanu glinowego obłożono. Temperatura ciała, dotąd bardzo nieznacznie podniesiona (do 38·6° C.), zaczęła się coraz bardziéj wznosić, brzegi rany posiniały, a z głębi z pomiędzy nich zaczęła się wydobywać posokowata ciecz; jeżeli dodam jeszcze do tego język suchy, rozwolnienie i majaczenia, to uzupełnię tylko obraz posocznicy, jaki mieliśmy przed sobą. Stan taki trwał przez dni dwanaście, w którym to czasie otworzyłem zatokę ropną, która się była wytworzyła aż nad pachwiną przeciwną, t. j. prawą, przy czem tak ztąd jak i z rany mosznowéj wydobyłem dużo kawałków zmartwiałéj tkanki łącznéj, wśród których niektóre niewątpliwie należały i do worka przepuklinowego. Odtąd zaczęła temperatura ciała się obniżać, a ropienie stało się bardzo obfitem. Ranę leczono częstemi przepłukiwaniami wody karbolowéj i zmianą trzy razy dziennie opatrunku, składającego się z gazy jodoformowéj i płatu waty napojonéj octanem glinowym. Przy takim sposobie postępowania i przy podawaniu wielkich dawek wina, chininy i rosołów mocnych doczekaliśmy się wreszcie po miesiącu zdrowéj ziarniny, która zaprowadziła do zabliźnienia rany, które nastąpiło w dwa miesiące po operacyi.

Obecnie jest blizna bardzo znaczna worek mosznowy ku pachwinie fałdująca, a nad więzem Pouparta wyczuć można resztki żywego tamponu, stawiającego skutecznie opór napierającym nań jelitom.

13. I. K. lat 70 liczący, faktor, opowiada, że cierpi na przepuklinę od lat 13, w którym to przeciągu czasu zawsze dała się z łatwością odprowadzać, dopiero przed trzema dniami uwięzgła w kanale pachwinowym. Guz wielkości pięści po stronie prawéj operowano dnia 19-go marca b. r. według zwykłych zasad chirurgii, przy czem uwolniono pętlę jelitową długości do 15 cm., o ścianach koloru ciemno-wiśniowego, zgrubiałych i tu i owdzie pokłady włóknikowe okazujących. Kiszkę tę zdecydowałem się jeszcze odprowadzić, poczem złożony we dwoje worek w poprzek przeszyłem i jak w poprzednich przypadkach po za filarami bramy przepuklinowéj umieściłem. Ranę zewnętrzną wydrenowałem od dołu.

Przebieg był początkowo nieco zamącony utrzymującemi się przez kilka dni przypadami niedrożności, które dały się wytłomaczyć owym powyżéj opisanym stanem odprowadzonego jelita. Po zastósowaniu jednak środków czyszczących usunięto te obawy, a przebieg saméj rany był dosyć prawidłowym. Obrzęk tym razem był także dosyć znacznym, lecz mniejszym niż w poprzednich przypadkach; temperatura ciała była przez kilka dni nieco podwyższoną, raz tylko podniosła się znaczniéj skutkiem wytworzenia się małego ropnia. Pod octanem glinowym zmniejszał się obrzęk moszen tak, że niespełna w miesiąc po operacyi mógł pacyjent opuścić zakład jako wyleczony.

14. U Jana M., 42-letniego parobka, operowałem w dniu 12-go lutego przepuklinę pachwinową prawą wolną wielkości głowy kilkoletniego dziecka. Szyję worka odpreparowanego przeszyłem w poprzek kilkoma szwami; w ranę zewnętrzną nie wprowadziłem drenu. Obrzęk moszen bardzo znaczny, temperatura ciała przez pierwsze pięć dni wieczorami podniesiona opadła dopiero wtenczas, gdy się wytworzył ropień, z którego sączyła się powoli rzadka ropa. Pod okładami z octanu glinowego zmniejszał się zwolna obrzęk, zresztą nie bardzo bolesny, a w sześć tygodni po operacyi mógł być pacyjent wykreślonym z zakładu jako uleczony. Przetoka się zagoiła; nad więzem Pouparta czułem przy dotyku wyraźny tampon wielkości małego jaja kurzego.

15. Reg. B. wyrobnica, 45 lat licząca opowiada, że ma przepuklinę od pół roku, że na nią nosiła pasek, który jednak z powodu ugniatania odrzuciła. Obecnie zgłosiła się z prośbą, aby jéj w inny sposób i doszczętnie cierpienie usunąć, a na zaproponowaną operacyję zgodziła się natychmiast. Dnia 18 marca wykonano doszczętną operacyję na przepuklinie udowéj lewéj, wolnej, wielkości pięści, przy czem w podłuż złożony worek kilkoma szwami poprzecznemi przeszyto i za bramą przepuklinową

umieściwszy tę ostatnią zaszyto. Po dwóch tygodniach wyszła zupełnie zagojona do domu z charakterystycznem zgrubieniem po za więzem Pouparta.

16. Józ. M. lat 55, wieśniak, przybył na oddział d. 13-go maja b. r. z przepukliną udową lewą, od trzech dni uwiązgniętą, wielkości sporego orzecha włoskiego. Następnego dnia przystąpiono wprost do operacyi. Worek przepuklinowy okazał się niezwykle tłuszczem obrośnięty, a gdy celem rozpatrzenia się lepszego. czy to nie jest już sieć, nadcięto kilkakrotnie bramkę, wsunęła się pętla jelitowa do jamy brzusznej. W przypuszczeniu, że pętla ta nie uległa w trzech dniach tak bardzo gwałtownym zmianom, nie otwierałem ani worka przepuklinowego, ani ściany brzusznej, lecz odrazu przystąpiłem do zaszycia bramy przepuklinowéj: przeszywszy we dwoje złożony worek poprzecznie kilkoma szwami, wprowadziłem go po za bramę przepuklinową, którą zaszyłem dwoma szwami z góry na dół przebiegającemi przez wiąz Poupartowy i powięź łonową. Tym razem założyłem sączek pomiędzy szwy skórne. W ośm dni później wyszedł M. do domu z raną *per primam* zagojoną i z wybitnym guzem wielkości orzecha tureckiego nad więzem Pouparta w głębi siedzącym. Dren usunięto czwartego dnia, gdyż obrzęku nie było w sąsiedztwie rany żadnego.

17. Anna M., lat 5 licząca, ma mieć, według opowiadania matki, obrzęk w lewéj okolicy pachwinowéj od lat trzech, który miał się po części przy ucisku zmniejszać, a z którego lekarz, do którego udawała się o poradę, miał przez nakłócie wypuścić nieco płynu jasnego. Od kilku tygodni obrzęk stanął w jednéj mierze, t. j. wielkości wydłużonego jaja gęsiego i nie daje się więcéj zmniejszać. Wobec położenia tego guza, jego przeświecania i wypuszczonego zeń płynu jasnego, przypuścić należy *hydrocele congenita processus vaginalis Nuckii*, nie wykluczyłem jednakże możliwości wtłoczenia się tamże i sieci a na téj podstawie postanowiłem wadę tę usunąć doszczętnie za pomocą wyżéj opisanéj metody. Odsłoniłem więc worek otrzewnowy, naciąłem go nieco, wypuściłem z niego kilkadziesiąt gramów płynu żółtawego jasnego, poczem pokazała się sieć wolna. Tę ostatnią podwiązano przy samym otworze pachwinowym i odcięto około 100 gramów. Teraz oddzielono worek jeszcze od strony wewnętrznéj kanału pachwinowego, złożono w poprzek we dwoje, przeszyto katgutem, którego końce przeprowadzono od wewnątrz ku zewnątrz przez obydwa filary bramy przepuklinowéj i w ten sposób jednym szwem i tampon przytrzymano po stronie wewnętrznéj ściany brzusznéj i zamknięto przystęp do niego i wreszcie zeszyto bramę przepuklinową ze sobą. Naturalnie dodano od dołu jeszcze drugi szew, zbliżający filary bramy przepuklinowéj do siebie. Tym razem zeszyłem skórę, nie włożywszy drenu, gdyż sądziłem, że u dziecka zagoi się to bez obrzęku szybko. Tymczasem omyliłem się; wprawdzie zagoiła się rana w całéj długości *per primam*, powstał jednak w miejscu dawnego worka obrzęk wielkości prawie takiéj saméj jak poprzedni, który powoli pod okładami z octanu glinowego się zmniejszał, tak, że dopiero w 14 dni po operacyi zupełnie ustąpił. Przez cienkie powłoki wymacać można było dokładnie umieszczony za filarami bramy przepuklinowéj tampon, który dochodził do wielkości małego orzecha włoskiego. (Dok. nast.)

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Hlavy w Pradze.

Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska.

Napisali

A. Obrzut w Pradze i **J. Defay** z Brukseli.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Dodatkowo i nawiasowo tylko wspomnieć tutaj musimy o tak zwanych założach łożyskowych, o objawie względnie dosyć częstym i w prawidłowych zresztą łożyskach. Histologiczne twory te przedstawiają tylko różne dotąd opisane postacie przemiany krwi w zatokach międzykosmkowych. Najczęściéj kombinuje się tu przemiana włóknikowa z siatkowatą ciałek czerwonych. Do bujania leukocytów tu nie przychodzi, dlatego też brak tu komórek opisanych w istocie zbitéj. W powyższych stopniach organizacyi w zatokach międzykosmkowych znajdujemy już tkankę łączną, osemkowato około kosmków przebiegającą i zajmującą daleko mniéj miejsca niż dawne zatoki. Ztąd też kosmki są znacznie do siebie zbliżone. Często kosmki takie przynajmniéj w okresie zakrzepiny lub przemiany siatkowatéj krwi w zatokach nie są zamknięte, a naczynia ich są wypełnione krwią prawidłową. Przybłonki pokrywające kosmki okazują różne stopnie zwyrodnienia tłuszczowego. Ostastecznie wszelki ich ślad zanika, a kosmki same przemieniają się w wiązki tkanki łącznéj o szczupłéj liczbie jąder i zwężonych lub zupełnie zamkniętych naczyniach. Ta tkanka siatkowata międzykosmkowa jest akby dalszym ciągiem istoty międzykomórkowéj w istocie zbitéj.

Sprawa ta, jak widzimy, nie ma nic wspólnego z tak zwaną nekrozą koagulacyjną, która zresztą jest pojęciem więcéj wyrozumowanem niż ściśle określoną postacią przemiany.

Zkąd wychodzi popęd do téj przemiany krwi w zatokach międzykosmkowych, czy szukać należy ostatecznéj przyczyny w zamknięciu tętnic w istocie zbitéj, czy w pierwotnych przemianach wstecznych w kosmkach (ich przybłonkach), trudno rozstrzygnąć.

B) Łożyska świnek morskich.

Szczegóły tak pod względem histologicznym jak i rozwojowym dotyczące łożyska świnek morskich mogłyby stanowić temat do osobnéj monografii. W pracy takiéj jak niniejsza zaledwie o niektórych tylko wspomnimy.

Łożyska tych zwierząt znacznie się różnią od łożysk ludzkich. Sprawy nowotwórcze i wsteczne odbywają się tu z powodu krócéj trwającéj ciąży w sposób więcéj przyspieszony, dlatego też łatwiéj można tu śledzić różne zmiany, jakim pojedyncze składniki ulegają, mając ciągle przed sobą obrazy przejściowe.

Ponieważ nasze zadanie polega głównie na wykazaniu pochodzenia komórek i istoty międzykomórkowéj, dlatego opierając się na wynikach badania łożysk ludzkich, głównie naszą uwagę zwróciliśmy na krew i naczynia krwionośne.

Przedewszystkiem i tutaj zajmowała nas warstwa, która odpowiada istocie zbitéj łożyska ludzkiego. W ogólności wynik naszych poszukiwań był zgodnym z tem, co znaleźliśmy w łożysku ludzkiem. I tutaj dało się z łatwością wykazać pochodzenie komórek z białych ciałek krwi, a istoty międzykomórkowéj z ciałek czerwonych.

Komórki w istocie zbitéj nie dochodzą tu nigdy do tak kolosalnych rozmiarów jak w łożysku ludzkiem, natomiast jądra ich do znacznie większych. Pod względem ilości chromatyny i jéj ułożenia znajdujemy bardzo liczne odmiany. Jądra mniejszych rozmiarów zazwyczaj są bardzo obfite w chromatynę, a kontury jądra są wtedy nieregularne, jądro czyni wrażenie jakiegoś składnika pokurczonego. Dalszą odmianą są jądra okrągłe wielkich rozmiarów, w których większe skupiny chromatyny przedstawiają jąderka barwiące się żywo safraniną, a obok nich mniejsze ziarenka i osłonka jądra barwiące się gencyjaną. W innych jądrach cała chromatyna pozostaje zabarwiona safraniną nawet przy dłuższem następowem barwieniu gencyjaną. Obok tych jąder spotykamy często tuż obok osłonki ziarenka zupełnie podobne do jąderek wewnątrz jądra. Tak samo zachowuje się chromatyna w największych owalnych jądrach lub gromadzi się tuż koło osłonki nierównéj jakby pokarbowanéj i pofałdowanéj. Do jąder obfitujących w chromatynę należą daléj skupiny ziarn i ziarenek gęsto obok siebie ułożonych zupełnie identycznych z jąderkami, a naokoło których nie widać żadnéj osłonki.

Komórki wielojądrowe należą do najrzadszych. Jądra są zazwyczaj okrągłe i nieraz tak gęsto obok siebie ułożone, że tylko z brzegów, gdzie kontury osłonek są widoczne, wnosimy, że zlepki te z bardzo licznemi błyszczącemi i dosyć wielkiemi jąderkami są skupinami jąder. Figury karyokinetyczne należą do rzadkości. Prócz okresu kłębka i gwiazdy pojedynczéj innych nigdzie nie zauważyliśmy.

Właściwością łożyska świnek morskich odróżniającą je znacznie od ludzkiego jest względnie bardzo szeroka warstwa nekrobiotyczna, składająca się z istoty szklistéj miejscami ziarnistéj, a w któréj znajdują się kolosalne rzec można komórki olbrzymie z niezliczonemi nieraz jądrami. Są to masy okrągławe, owalne lub bezkształtne barwy jasno-szaraw ej aż do ciemno brunatnéj, wypełnione w całości lub w części tylko, czasem jedynie na obwodzie małemi jądrami o połowę mniejszemi od leukocytów lub nawet jeszcze mniejszemi. Jądra te tylko słabo barwią się safraniną i gencyjaną, mają często kształt i połysk małych ciałek czerwonych (mikrocyty i poikilocyty). Właściwością dalszą tych jąder są czarne ziarenka, w liczbie jednego lub kilku, które przy silniejszem powiększeniu przedstawiają się w środku bezbarwnemi, tworzą zatem małe okrągłe lub owalne kółeczka, objaw, który się często i na ciałkach czerwonych spostrzega wśród pewnych warunków. Naczynia krwionośne są i tutaj bardzo liczne, podobnie zatoki i szczeliny wypełnione krwią. Te ostatnie znajdujemy tu jeszcze w większéj liczbie i o kształtach jeszcze nieregularniejszych niż w istocie zbitéj łożyska ludzkiego. Przemiana siatkowata ciałek czerwonych przy ścianie naczyń i na brzegach zatok daje początek istocie międzykomórkowéj, bujające leukocyty (mitozy w postaci gwiazd i obrazy pośredniéj fragmentacyi) są źródłem komórek o jądrach powyżéj opisanych. Tak leukocyty jako też czerwone ciałka ulegają zmianom rozlicznym. Zastanówmy się najpierw nad leukocytami. Przedewszystkiem wspomnieć tu musimy o jednéj postaci dosyć często napotykanéj. Są to, rzecby można, olbrzymie leukocyty. Jądra ich składają się z grubych ziarn chromatyny, gęsto obok siebie ułożonych, często bez wyraźnéj osłonki; obwódka z pierwoszcza może być stosunkowo wązka. Jądra takich leukocytów są niekiedy dwa i trzy razy większe od jąder przybłonkowych. Dalszą odmianą leukocytów są postacie o nieco mniejszych jądrach okrągłych, w których chromatyna tworzy duże połyskujące jąderka i delikatne nitki lub ziarenka. Daléj znajdujemy leukocyty prawidłowych rozmiarów z obfitą lub nieznaczną ilością chromatyny. We wszystkich tych leukocytach chromatyna może być ułożoną jak przy pośredniéj fragmentacyi Arnolda lub okazywać mitozy (gwiazdy). Nie wiemy, czy do leukocytów należą małe ziarna $^1/_4$—$^1/_2$ wymiarów ciałek czerwonych mające, barwiące się dosyć silnie, połyskujące, okrągławe, owalne, bez obwódki z pierwoszcza. Na uwagę zasługują wreszcie utwory wymiarami zupełnie odpowiadające ciałkom czerwonym, zabarwione hemoglobiną a obejmujące jedno, dwa lub więcéj różnie wielkich ziarn istoty silnie się barwiącéj, połyskującéj (erythroblasty, Löwitt?)

Jeszcze na jednę przemianę, jakiéj ulegają ciałka krwi czerwone, chcielibyśmy zwrócić uwagę. Znajdujemy mianowicie naczynia, w których ciałka czerwone są nieco mniejsze od prawidłowych, a barwiące się w całości safraniną lub gencyjaną. Natężenie barwy jest różne, od zaledwie dostrzegalnéj aż do bardzo żywéj znajdujemy wszystkie stopnie. Przytem ciałka te są jużto jednakich rozmiarów i kształtów, jużto przedstawiają większe lub mniejsze nieregularne grudki. Właśnie ten ostatni objaw nie przemawiałby za przypuszczeniem, że ciałka czerwone mają się przemieniać w białe (Mosso). Natomiast przypuścić można, że z nich przez rozpad tworzy się istota chromatyczna dla leukocytów. Jąderka wielkich leukocytów połyskiem i kształtami żywo przypominają te barwiące się fragmenty ciałek czerwonych (Klebs widzi źródło istoty chromatycznéj w leukocytach).

Ten objaw spostrzegany na ciałkach czerwonych tłumaczy nam w sposób prosty pochodzenie owych niezliczonych jąder w komórkach olbrzymich tak częstych w warstwie nekrobiotycznéj. Jestto po prostu krew na drodze przemian wstecznych, w któréj ciałka czerwone barwiące się przedstawiają się jako jądra owych olbrzymich komórek. Te komórki olbrzymie nie zdają się identycznemi z owemi wielkiemi komórkami w istocie zbitéj. Te ostatnie pochodzą z leukocytów, jak to już wyżéj wspomnieliśmy, z współudziałem ciałek czerwonych, ale zupełnie innym.

Z powyższego przedstawienia naszych poszukiwań wynika:

1) że nowotworzenie t. z. istoty zbitéj w części macicznéj łożyska wychodzi z naczyń krwionośnych. Nowotworzenie i rozszerzenie naczyń włosowatych błony śluzowéj macicy jest początkiem t. z. istoty gębczastéj łożyska macicznego. Częścią w tych rozszerzonych naczyniach, częścią po za ich obrębem powstaje z prawidłowych składników, z krwi nowa tkanka, składająca warstwę zwaną istotą zbitą. Śródbłonki naczyń, ani przybłonki macicy nie mają przy tem żadnego udziału.

2) Wszystkie rodzaje istoty międzykomórkowéj, począwszy od jednolitéj aż do włóknistéj i siatkowatéj pochodzą z ciałek czerwonych, przy czem główną rolę odgrywa hemoglobina. Ciałka krwi czerwone zlane w jedną masę pozbawioną hemoglobiny, która tylko na pewnych punktach się gromadzi i dzieli całą masę jednolitą na pewne pola, mogą sprawiać wrażenie optyczne pierwoszcza. Jeżeli w tem ostatniem znajdują się obrzmiałe jądra leukocytów, całość może sprawiać wrażenie olbrzymiéj komórki.

3) Równocześnie z przemianą włókienkowo-siatkowatą ciałek czerwonych leukocyty mogą ulegać bujaniu lub nie. W pierwszym razie końcowym rezultatem będzie tkanka złożona z różnorakich komórek i istoty międzykomórkowéj różnie obfitéj, w drugim utkanie jednolite przechodzące w delikatnie włókienkowate z skąpą ilością jąder (dawnych leukocytów) lub utkanie siatkowate o oczkach (szerokie miejsca w istocie zbitéj, przestwory międzykosmkowe w infarktach).

4) Nowotworzenie fizyjologiczne w zasadzie nie różni się od t. z. nowotworzenia zapalnego. Są między niemi tylko różnice ilościowe. Aby uniknąć powtarzań co do nowotworzenia zapalnego odsyłamy czytelnika do poprzednich publikacyj jednego z nas [1]), gdzie także bliżéj rozwinięte są nasze poglądy na powstawanie włóknika i tkanki łącznéj.

5) Krew wraz z wszystkiemi składnikami jest tkanką krążącą, w któréj składniki morfotyczne mianowicie ciałka białe przedstawiają komórki, a ciałka czerwone wraz z surowicą istotę międzykomórkową. Pod wpływem bodźców fizyjologicznych lub patologicznych (n. p. ciąża i produktywne zapalenie) ta tkanka krążąca zmienia swą postać dając po-

---

[1]) Obrzut. Przyczynek do histologii choroby Brighta, Przegląd Lekarski, 1888. *Sur l'origine des produits inflammatoires dans le parenchyme rénal au cours de la maladie de Bright. Archives de medecine experimentale* zeszyt 3, 1889.

czątek nowemu utkaniu stałemu, w którem w pewnych okresach rozwoju te składniki krążącej tkanki można wykazać.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

J. Decker (Mnichów): **O niestrawności nerwowej.**

P. n. *dyspepsia nervosa* opisuje Leube chorobę, w której zbiór objawów niestrawności, wywołany przez trawienie, które tak co do czasu, jak i chemizmu jest prawidłowe, zawdzięcza swe powstanie wyłącznie układowi nerwowemu z szczególnym udziałem nerwów żołądkowych. Podczas gdy Leube uważa niestrawność nerwową za chorobę pierwotną, chorobę *sui generis*, to przeciwnie inni (Rosenthal, Oser) uważają ją tylko za częściowy objaw ogólnéj neurastenii, Ewald zaś zajmuje stanowisko pośrednie, twierdząc, że w większéj liczbie przypadków niestrawności nerw. zajmuje tylko wybitne miejsce ogólne osłabienie nerwów, ztąd nazwy: *Neurasthenia gastrica. N. vago-sympathica.* Najczęstszemi objawami podmiotowemi tego cierpienia są: odbijanie, uczucie ucisku i pełności w żołądku. Odbijanie jest najczęściéj bez smaku i bez woni, podczas gdy w nieżycie żołądka jest ono kwaśnem i nierzadko połączonem z cuchnieniem z ust. Wymioty w niestr. nerw. rzadko się przydarzają, podczas gdy w nieżycie prawie zawsze je napotykamy. W największéj liczbie przypadków spotykamy nadmierne nagromadzenie się gazów w żołądku, które rozdymają znacznie jego ściany. Na to rozdymanie odpowiada żołądek kurczeniem się celem wydalenia gazów, a ponieważ odźwiernik posiada silniejsze mięśnie, niż wpust, więc się też i mocniéj kurczy i tem tłómaczymy łatwiejsze uchodzenie gazów ku górze, jako odbijanie, niż ku dołowi. Dalszem następstwem tego rozdęcia żołądka jest męczące uczucie ucisku i pełności Nadmiernie wypełniony żołądek ciśnie na przeponę, przezco serce zostaje przyparte do lewego płuca, stąd ucisk obu narządów z następowem biciem serca i utrudnionem oddychaniem. Mniéj często skarżą się chorzy na ból żołądka, niezawisły od jakości spożyt ch pokarmów, a polegający na nadczułości nerwów żołądkowych, z powodu któréj przychodzi do wymiotów i ostatecznie powstać może niestosunek między przybytkiem a ubytkiem, chorzy chudną i w końcu przedstawiają obraz zupełnego wyniszczenia. Dalszemi objawami jest zgaga, brak apetytu i nudności. W nieżycie żoł. zgaga jest następstwem zmienionego trawienia i tworzenia się produktów kiśnienia i rozkładu jak kwasu octowego, mlekowego, tłuszczowych; w niestr. zaś nerw., w któréj trawienie wogóle jest prawidłowe, polega zgaga albo na przeczulicy obwodowych nerwów żołądkowych wywołanéj nadmiernem wydzielaniem kw. solnego (*Hyperaciditas*) albo na zbytniem oddziaływaniu tych nerwów wobec soków żołądkowych o prawidłowéj lub nawet zmniejszonéj zawartości HCl. Ta nadczułość nerwów może sprowadzić nietylko zgagę, ale i gwałtowne napady kardialgiczne, jużto z powodu ciągłego wydzielania się soku żołądkowego, już też wskutek napadowo występującéj *Hyperaciditas*. Tu należy *Gastrocynsis* Rosenthala, cechująca się silnym bólem głowy i wymiotowaniem mocno kwaśnych mas. Mniéj częstym objawem, niż *anorexia*, jest nadmierny głód (*Boulimia, Hyperorexia*), przezco rozumiemy chorobowe powiększenie się uczucia głodu, uderzające niezwykłą częstością i tem, że pokarmy tylko krótką sprawiają ulgę. Rzadziéj zdarza się bezsenność lub śpiączka, zawroty głowy (*agoraphobia*); stolec zaparty lub biegunka; pamiętać należy, że nerwowe objawy żołądkowe mogą być właśnie następstwem istniejącego zaparcia. Dla stwierdzenia rozpoznania poleca Leube t. zw. obiad próbny, po 7-iu godzinach żołądek przepłukać: jeżeli wydobędziemy płyn czysty, to przemawia za niestr. nerw., jeżeli zaś niestrawione resztki pokarmów, to to jest oznaką organicznego zboczenia w trawieniu t. j. nieżytu żoł.; Riegel, Ewald i in podnieśli jednak, że w przypadkach nieżytu, wrzodu lub raka można właśnie przy tem doświadczeniu żołądek napotkać próżny. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 22). *Dr. Baschkopf.*

Prof. J. Schreiber (Królewiec): **O dyjetetycznem leczeniu przewlekłéj choroby Brighta.**

Ważnem jest pytanie, czy chorego z chorobą Brighta należy żywić pokarmami bogatemi lub ubogiemi w białko, czy istoty białkowe nie powiększają głównego objawu wszystkich rozlanych chorób nerkowych, t. j. białkomoczu. Senator zabrania spożywania jaj w przypadkach już istniejącego białkomoczu. Doświadczenia na zwierzętach Stokvisa i in. wykazały, że białko kurze, dostawszy się do krwi, nietylko zostaje z moczem wydzielone, ale stwarza także warunki do wydzielania się zwykłych w wydzielinie nerek chorobowo znachodzących się ciał białkowych. S. czyni uwagę, że doświadczeń tych na zwierzętach, którym wstrzykiwano wprost do krwi lub pod skórę rozpuszczono białko kurze, nie można przecież odnieść do człowieka, u którego sposób przybierania białka jest odmienny i że przeciw żywieniu pokarmami bogatemi w białko lub tylko surowemi jajami kurzemi, wprowadzonemi przez żołądek, zarówno nie przemawiają wspomniane doświadczenia, jak spostrzeżenie Vulpiana (że wprost do krwi wstrzyknięte mleko zostaje natychmiast moczem wydalone) przeciw polecanéj przez Senatora i Semmolę dyjecie mlecznéj. Doświadczenia S. wykazują, że nadmiernie podwyższony dowóz białka za pomocą surowych jaj kurzych przy żywieniu mięszanem, już obfitującem w białko nie sprowadza białkomocza u zdrowych, nawet u osobników, mających do niego większe usposobienie t. j. u dzieci. Tak się ma rzecz u zdrowych. Doświadczenia wykonane na ludziach z białkomoczem, wykazały, że u nich pokarmy białkowe nie sprowadzają powiększonego wydzielania białka z moczem. Wogóle zdaje się, że żadna z trzech postaci dyjetetycznych, ani mięszana, ani mięsna (białkowa), ani mleczna nie wpływa stale na wydzielanie białka u osób z przewlekłą chorobą nerek, ani nie zmniejszając, ani nie powiększając wydzielania białka. Z tego wynika, że można dodawać do żywności mięszanéj jajko kurze płynne lub skrzepłe, mięso l b inne ciała azot zawierające, że chory pod wpływem dyjety mlecznéj nie mniéj białka moczem wydziela niż pod wpływem dyjety białkowéj, a w obu rodzajach żywienia daleko lepiéj się ma i na wadze przybierać może. Nie ma więc powodu do dawania pierwszeństwa dyjecie wyłącznie jednostronnéj na dłuższy czas, i to tem mniéj, że przypuścić musimy możność pośredniego zaszkodzenia ustrojowi przez przepełnianie krwi produktami wydzielniczemi, a z drugiéj strony chorzy wogóle nie znoszą jednostajnéj dyjety przez dłuższy czas. (*Berl. klin. Wochensch.* 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Z ósmego zjazdu dla medycyny wewnętrznéj w Wiesbadenie. **Rozprawa o leczeniu niedrożności jelit.** Ponieważ wyniki kliniki wewnętrznéj nie są jeszcze bardzo złe, a wyniki kliniki chirurgicznéj jeszcze nie dosyć dobre, aby rozstrzygnąć pytanie o leczeniu niedrożności wyłącznie tylko z stanowiska operacyjnego, dla tego należy każdy przypadek niedrożności przedewszystkiem zwalczać lekami a mianowicie makowcem (żadnych środków czyszczących ani lewatyw), przepłukiwaniem żołądka i jelit ostrożną bezgnilnie przeprowadzoną punkcyją jelit strzykawką Pravaza dla wypuszczenia gazu, względnie wprowadzeniem powietrza przez odbytnicę. Przypadki przeznaczone dla chirurga, należy dokładnie wybierać i badać miejscowy stan i stawiać dokładne rozpoznanie co do siedziby i przyczyny niedrożności jelit, jakoteż i ogólny stan (serca, układu nerwowego;) zabieg operacyjny należy wykonać szybko (w danym razie założenie tylko odbytu nieprawidłowego), aby uniknąć niebezpieczeństwa shoku. (*W. m. Woch.*, 1889, Nr. 19). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Dr. Aleksandrow: **Wysokie wycięcie kamieni moczowych u dzieci.**

Autor, zwolennik cięcia wysokiego i nakładania szwu pęcherzowego, wykonał w ten sposób 16 operacyj u dzieci, wszystkie z wynikiem dodatnim. Operacyje te można podzielić na 3 grupy: W dwu przypadkach wstawiał on dren do pęcherza moczowego, w 26 zszywał zupełnie pęcherz moczowy i wstawiał dren do przestrzeni przedpęcherzowéj, a w 8 zupełnie zaszywał pęcherz i ranę powłok brzusznych. Ostatnia grupa dała najlepsze wyniki. We wszystkich przypadkach wstawiał cewnik stały. Wyniki swoje z tych operacyj streszcza autor jak następuje: 1. Najlepszym ze wszystkich krwawych sposobów wydalania kamieni z pęcherza moczowego u dzieci jest cięcie wysokie. 2. Wynik ujemny szwu

pęcherzowego zależy przeważnie od niedostatecznéj aseptyki pęcherza i rany. 3. Zwykły, jedwabny szew węzełkowy jest zupełnie odpowiedni do zaszywania rany pęcherzowéj. 4. Drenowanie okolicy przedpęcherzowéj (a tem bardziej pęcherza), nie tylko jest zbytecznem, lecz nawet wprost szkodliwem, ponieważ utrudnia gojenie się i daje powód do wytworzenia się przetoki. 5. Cewnik stały rzadko bywa potrzebnym dłużéj nad 3 dni. 6. Mocz alkaliczny nie przedstawia przeciwwskazania dla nałożenia szwu pęcherzowego. (*Wracz* 1889 Nr. 18). *A. W.*

Dippe: (Berlin): **Przyczynek do leczenia przewlekłych wrzodów podudzia.**

D. donosi o sposobie leczenia większych wrzodów podudzia, używanym na oddziele Schweningera w Charité. Po dokładnem czyszczeniu za pomocą karbolu i rozczynu nadmanganezianu potasowego stosowano na owrzodzenia kompresy hydropatyczne, zamaczane w 0·6% rozczynie soli kuchennéj, zmieniane co 6 godzin. Gdy po 6—8 dniach wrzód się oczyścił, wtedy wykonano natychmiast albo transplantacyję według Thierscha, lub też wobec brzegów zgrubiałych wykonano przed przeszczepieniem okrojenie według Nussbauma na 2 ctm. od brzegów, dochodzące do mięśni W ostatnim przypadku wkładano w rany po nacięciu powstałe wilgotne paski waty, aby osiągnąć szerszą powierzchnię brodawkującą, co po dalszych 8—10 dniach następowało. Przy przeszczepianiu poleca D. brać części skóry, o ile możności jak największe. Przymocowywano te kawałki skóry opatrunkiem z przylepca, pokrytym materyją dobrze wsysającą, jak watą lub mchem. Pierwszy opatrunek nie leżał dłużéj niż cztery dni, następne nie dłużéj niż ośm. Jako leczenia następowego również używano okładów hydropatycznych. (*Mitth. aus d. derm. Klin. d. kön. Char. Krankenh. zu Berlin*, zeszyt 4). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

Prof. Fürbringer: (Berlin): **O niemocy męskiéj.**

F. omawia tylko niemożność spółkowania i to postać jéj nerwową, którą należy dokładnie odróżnić od niezdolności płodzenia, która drobnowidowo przedstawia się jako aspermia, lecz bez czynnościowych zboczeń stosunku płciowego; w *impotentia generandi* często uważa się niesłusznie kobietę za przyczynę niepłodności. Podstawą *impotentiae coëundi* bywa niekiedy przeszkoda czysto mechaniczna, jak skrzywienie naprężonego członka wskutek częściowego zaniku ciałka jamistego jako następstwa rzeżączki lub nacieku kiłowego; podczas spółkowania skrzywia się prącie wśród bolów, co uniemożliwia spółkowanie. Leczenie jest tu często bezskuteczne. Niemoc wywołana przez niezupełny wzwód jest zawsze objawem neurastenii, zarówno jak towarzyszący jéj nasieniotok. Niemoc czysto moralna lub psychiczna, bez innych dolegliwości, jest nadzwyczaj rzadką. F. spostrzegał 200 przypadków niezdolności spółkowania, a 100 płodzenia, z których najmłodszy chory miał lat 18, najstarszy 52, 50% w czwartym dziesiątku, a to szczególnie jako kawalerowie żyjący kupcy, oficerowie, lekarze itd. Onanię wykazał 28 razy, rzeżączkę 38, obie przyczyny 30 razy, a wybryki płciowe w 10%. *Coitus reservatus* i *interruptus* nie tworzą osobnéj postaci niemocy. W 11% było neuropatyczne dziedziczne obciążenie. Ból głowy, zboczenia wzroku i mowy, niestrawność nerwowa były głównemi objawami choroby. Rokowanie jest dosyć dobre, jeżeli układ nerwowy nie jest całkiem podkopany. W $\frac{1}{3}$ osiągnął F. wyleczenie, w $\frac{1}{3}$ polepszenie, a w $\frac{1}{3}$ leczenie było bez skutku. Leczenie polegało na unikaniu drażnienia miejscowego za pomocą narzędzi, a szczególnie przypalania (wyjąwszy stany zapalne cewki moczowéj), a przedewszystkiem na umieszczaniu chorego w zakładzie dla chorób nerwowych, dla usunięcia neurastenii, daléj na wstrzymywaniu się od spółkowania, na spokoju, hydro- i elektroterapii, tuczeniu według Weir-Mitchella i t. d. F. nie sprzeciwia się ożenieniu się. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 19). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

E. Moravcsik (Budapeszt): **O zakażeniu psychicznem.**

Znane są przypadki, w których zboczenia umysłowe jednéj osoby wywołało podobne zboczenie u drugiéj osoby, znajdującéj się w jéj otoczeniu; zboczenie to różni różnie nazwali (*folie à deux, à trois, folie communiquée, inducirtes Irresein, communicated insanity*, zarażenie się umysłowe itd.). Werner dochodzi do następującego wyniku. 1) Przyczyny zboczenia umysłowego osoby wtórorzędnie zapadłéj należy szukać w obciążeniu dziedzicznem. 2) Jeżeli nie istnieje obciążenie dziedziczne, należy uwzględnić wycieńczenie umysłowe i cielesne. 3) Człowiek z zdrowym mózgiem i zdrowym układem nerwowym nie zapada; dowód: posługacze w zakładach dla obłąkanych. Wollenberg przypuszcza następujące możności zarażenia: 1) Przeniesienie psychozy odbywa się w ten sposób, że B. przyjmuje urojenia A., przyswaja je sobie i rozwija je daléj, tak, że obaj są obłąkani (obłąkanie „indukowane"). 2) Z powodu socyjalnéj, moralnéj i umysłowéj przewagi A. zostają urojenia jéj gwałtownie zaszczepione osobie B., ktora jednak je odpycha, skoro tylko wpływ A. ustaje (*folie imposée*). 3) B. dostaje ciężkiego obłąkania, które tylko z początku odpowiada psychozie A., a po jéj usunięciu przyjmuje samodzielny przebieg. 4) Więcéj osob znajdujących się pod wpływem podobnych przyczyn usposabiających, nie zawiśle od siebie, podpada temu samemu cierpieniu umysłowemu (*folie simultanée*). Moravcsik opisuje trzy przypadki z własnéj praktyki, które są bardzo ciekawe W celu zapobieżenia zarażeniu się umysłowemu wskazane jest usunięcie bliskich krewnych i tych osób, które pozostają w ścisłych stosunkach z chorymi, z ich otoczenia. Następowo cierpieniem umysłowem dotkniętych należy o ile można jak najprędzéj oddzielić od pierwotnie chorych. (*Int kl. Rundschau*, 1889, Nr. 2). *Dr. Baschkopf.*

Choroby weneryczne.

W. Moore. **Kilka uwag o leczeniu kiły.**

M. leczył znaczną ilość świeżych przypadków kiły wstrzykiwaniami sublimatowemi (około 0·02 pro dosi) i był bardzo zadowolony z wyniku leczniczego; tylko nieliczni chorzy uskarżali się na dolegliwe bóle, a ropni nigdy nie spostrzegał. W leczeniu późnych postaci kiły jodkiem potasu uważał M. za korzystniejsze podawanie choremu zamiast pojedynczych dawek podczas dnia, jednéj większéj dawki na noc, przed pójściem na spoczynek razem z bromkiem potasu, i sądzi, że tym sposobem zapobiega zaburzeniom w trawieniu, które jodek potasu tak często sprowadza. W końcu donosi o dobrych wynikach osiągniętych pędzlowaniem kw. chromowego nietylko w swoistych zajęciach błon śluzowych, lecz szczególnie wobec kłykcin sączących, usadowionych między palcami u nóg a tak trudnych do wyleczenia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 5). *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

Peabody. **Przypadki śmierci po chloranie potasowym.**

1) Służąca przez pomyłkę zażyła zamiast soli Seignetta dwie pełne łyżeczki od kawy chloranu potasowego. W 14 godzin późniéj przyjęta do szpitala okazywała znaczne osłabienie, ciepłotę niżéj prawidłowéj, tętno (136) i oddech przyspieszony. Mimo środków podniecających chora umarła w $37\frac{1}{2}$ godzin po zażyciu soli. Mocz, który mimowolnie odchodził, zawierał wiele ciałek czerwonych krwi, zmienioną hemoglobinę i dużo białka. Przy oględzinach pośmiertnych napotkano wszystkie narządy czekoladowo brunatno zabarwione, a badanie spektralne wykazało wyraźną smugę absorbcyjną methemoglobiny. Zmiany drobnowidowe znachodziły się głównie w sercu i w nerkach, mianowicie pierwsze przedstawiało zwyrodnienie tłuszczowe, w nerkach zaś były proste kanaliki moczowe pyramid wypełnione rozpadłemi ciałkami krwi i methemoglobiną. 2) Mężczyzna 53-letni używał z powodu przewlekłego cierpienia krtani chloranu potasowego codziennie i to już od 2-ch lat bez szkody dla swego zdrowia. Gdy raz zażył zbyt wielką dawkę, wystąpiło ogólne osłabienie, żółtaczka, wymioty, ciemny, nieprzeźroczysty mocz, tętno 100, ledwie macalne, trzeciego dnia oddawanie moczu ustało, a 5-go dnia śmierć wśród zapadu. Przy sekcyi znaleziono w jamie opłucnowéj i osierdziowéj surowicę ciemno-zabarwioną; śledziona była 6 razy większa niż prawidłowa, twarda, czekoladowo-brunatna, podobnie jak wszystkie inne narządy. Zmiany

makro- i mikroskopowe były zupełnie podobne jak w pierwszym przypadku. (*Centr. f. kl. Med.* 1889, Nr. 2).

Dr. Baschkopf.

† Dr. Charles Broomhead przytacza przypadek śmiertelnego zatrucia się tytoniem przy paleniu. Autor był wezwany do chorego chłopca, 13 lat liczącego, którego zastał w następującym stanie: ogólne kurcze stałe i drgawkowe; skóra blada i zimna; spojówka nieczuła na ucisk; żrenice zwężone; oddechanie powolne, charczące; tętno powolne, przerywane i słabe. Anamneza wykazała, że zrana tego samego dnia zjadł chory dobre śniadanie, a następnie między godziną 10-tą a 11-tą widziano go palącego cygaretko, poczem silnie zbladł, poszedł do wychodka i zwymiotował. Tam go znaleziono omdlałego koło godziny 12-téj. Przyszedłszy do chorego prawie w 3 godz. po przypadku, wstrzyknął mu autor podskórnie eteru, poczem stan chorego się polepszył, ale nie na długo; koło godziny bowiem 4-téj chory osłabł znowu, wystąpiło rozszerzenie żrenic i śmierć wśród objawów porażenia oddechania. Sekcyja wykazała obecność w komórkach mózgowych skrzepów krwi, któremi one były wypełnione, zgrubienie i niedomykalność zastawek aorty, przerost lewego serca. Inne zaś narządy były tylko przekrwione. (*The Medic. Chronicle* marzec, Nr. 17).

† Użycie ogromnéj dawki sulfonalu. 5/1 o godzinie 7-téj wieczorem robotnik, pracujący we fabryce sulfonalu Riedla, użył potajemnie łyżkę sulfonalu, „ażeby się dobrze wyspać“. Ponieważ jednak sen nie nastąpił, użył po pół godzinie jeszcze 2 łyżki i poszedł do szynku. W szynku przesiedział około $^1/_2$ godziny i wypił $^1/_2$ szklanki piwa. Dopiero teraz poczuł nagle takie osłabienie, że nie dopiwszy piwa wrócił do domu i tam natychmiast zasnął. Zdołano go obudzić dopiero 8/1 koło godziny 10 rano. Poznawał on otaczających, ale natychmiast znowu zasnął i obudził się 9/1 koło południa. 9-go czuł jeszcze zawrót głowy, ale 10-go był już zdrów zupełnie. (*Allgem. Medic. Central-Zeit* 27 kwietnia).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII. z dnia 10 kwietnia 1889.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 30.

1) Przed odczytaniem protokółu i rozpoczęciem porządku dziennego, obecni, wezwani przez przewodniczącego, oddali cześć młodemu członkowi Towarzystwa, w sile wieku zmarłemu ś. p. Drowi Tomaszowi Wojnarskiemu, oraz zmarłemu koledze z księstwa Poznańskiego ś. p. Drowi Teofilowi Kaczorowskiemu.

2) Wznowiono w dalszym ciągu dyskusyję nad odczytem kol. Gluzińskiego; zabierali głos koledzy: Rosner, Korczyński, Zarewicz, Przewodniczący i prelegent.

3) Kol. Korczyński poleca Towarzystwu lekarskiemu na wniosek komisyi przemysłowéj czekoladę wyrobu Tretera we Lwowie.

4) Tenże przedstawia piwo słodowe wyrobu aptekarza p. Konstantego Wiszniewskiego. Oba produkty Towarzystwo uznało za polecenia godne.

5) Kol. Bossowski przedstawia chorego z kliniki prof. Rydygiera, u którego po amputacyi kolistéj przedramienia po zmiażdżeniu dłoni dokonanéj powstało obumarcie mankieta. Ubytek ztąd powstały po oczyszczeniu się rany pokrył kol. prelegent płatem skórnym wziętym z brzucha, który bardzo pięknie się przygoił. Prelegent podnosi tę okoliczność, że można będzie obecnie pozostawiać choremu dłuższy kikut, a w razie obumarcia pokrywającéj go skóry ubytek pokryć plastycznie.

6) Kol. Mars przedstawia miednicę skośną, powstałą skutkiem złamania prawego talerza biodrowego i obu ramion poziomych kości łonowych i objaśnia, w jaki sposób zboczenie to siłą mięśni przyszło do skutku.

7) Kol. Łazarski przedstawia malagę z chiną i żelazem z rzewniem, z pepsyną, peptonem i chininą wyrobu p. Kalickiego, aptekarza w Przemyślu, oraz i malagę, na której wina te wyrabiane bywają, a które komisyja przemysłowa jako polecenia godne uznała.

8) Kol. Mars mówi o nowym sposobie wydobywania płodu za pośladki, który polega na tem, że ręką odpowiadającą grzbietowi płodu na płask ułożoną wchodzi się do jamy macicy, a następnie uchwyciwszy płód za grzebienie kości biodrowéj od tyłu palcem wielkim z jednéj, a małym z drugiéj strony, pociąga się ku dołowi. W dyskusyi oznajmia kol. Braun, że sposobu tego użył raz w klinice prof. Madurowicza przy porodzie bliźniąt celem wydobycia drugiego płodu, z bardzo dobrym skutkiem.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

V. Przyczynki do Epidemiologii Wschodu.

Zebrał

W. Jabłonowski.

I.

Podobnie do politycznego przedstawia horyzont nasz sanitarny prawdziwy chaos! Wprawdzie ludzie nauki, zamknięci w wygodnych gabinetach, rozwijają swe teoryje na kartkach spokojnego papieru; lecz ulotnem tylko zdaniem rzucają swe propozycyje, nigdy prawie nie znajdujące praktycznego zastosowania. A zadanie ludzi czynu, chętnych poświęcić się dla cierpiącéj ludzkości, spotyka się z tak gorzką obojętnością sterników, że pomimo schronienia jakie znajduje pod opiekuńczą szatą Hygei, nie na wiele się przyda, cierpkie nieraz wydając owoce. Ze zaś cholera indyjska i dżuma Persyi są strasznemi klęskami charakteru czysto wschodniego, grożącemi tak staréj Europie, jak również i Turcyi, na nie więc przedewszystkiem zwrócić wypada uwagę.

Dla położenia tamy przerzutowi i poskromienia siły rozwojowéj dwóch tych chorób zalecono przed kilkoma laty urządzenie służby sanitarnéj międzynarodowéj, któraby raz na zawsze starała się zabezpieczyć Europę od corocznego prawie przedostawania się zarazy. Myśl ta wybiegała wprawdzie z nad Bosforu, lecz zastosowała ją li tylko władza sanitarna Egiptu i to wyłącznie do kanału suezkiego, uważanego za jedyną drogę przedostawania się do Europy chorób zakaźnych ze wschodu. Nieco późniéj, bo dopiero na konferencyi sanitarnéj w Rzymie w roku 1885, propozycyję tę znowu podjęto zdecydowawszy delegatów państw do sformułowania jéj w następujących trzech paragrafach — że 1) konsulów należy obowiązać do każdorazowego zarządzenia wizyty lekarskiéj okrętów, dla zapewnienia się przed wydaniem patentu o stanie zdrowotnym podróżnych i załogi; 2) przystanie morskie należy utrzymywać w najlepszym stanie hygienicznym, odpowiednim do najnowszych wymagań nauki; że 3) lekarzy sanitarnych na przyszłość będą wynagradzać rządy, a nie tak jak to dotąd bywało towarzystwo nawigacyjne. Wreszcie wyrażono na konferencyi życzenie utworzenia komitetu sanitarnego międzynarodowego, ze stałém siedliskiem w jednéj ze środkowych stolic Europy, (p. *Protocolles de la Conf. san. Rome* 1885). Wiadomo, że wprowadzenie w praktykę pierwszego z tych paragrafów zostało ogólnie przyjęte. Co do innych, to niektórzy tylko z delegatów na nie się zgodzili, wtedy gdy większość odrzuciła je, lub przyjęła bez stanowczéj decyzyi. A jednak wielki to już czas, ażeby raz przecie wyjść zdołano z tych nieporozumień, z tych wahań się i polotnych poglądów, które z przykrością wypada mi nazwać egoizmem lub cynizmem jednych, złą wolą z chęcią dyplomatycznego dominowania drugich.

Z plagami ludzkości nie można żartować. Przykrą nauczkę dały nam dwie najświeższe epidemije cholery w Egipcie przed paru laty, a następnie w południowéj Europie. Nie skorzystała z niéj jednak ludzkość. Bo wzruszający dramat dziesiątkujący nieszczęśliwą Hiszpanię, przeniosłszy się na południe krajów wybrzeży morza Śródziemnego, grozić się zdawał, że w krótce obejmie dalsze kraje środkowéj Europy. Zaraza nie ograniczyła się tam do okolic znajdujących się w najgorszych warunkach hygienicznych, lecz szerząc swe zniszczenie w bogatych i pysznych siedzibach, zrodziła opinię że: nie tylko nędzarz, ale i bogaci zarówno prawie padali jéj ofiarą. Pomimo to jednak, nic nie zrobiono, aby utworzyć służbę sanitarną międzynarodową, niezależną i mogącą dać poważną gwarancyję nie tylko na teraz, ale i na przyszłość. Przykro to wyznać, a jednak jest to niezaprzeczona prawda.

Jeden ze zdolniejszych delegatów sanitarnych Francyi przy radzie zdrowia w Konstantynopolu, Dr. Mahe, w pracy swéj: *Sur la marche et l'extension du Cholera asiatique des Indes vers l'Occident depuis dix dernières années* (75—84), i *Recherches sur l'origine du Cholera d'Egypte en* 1885 bardzo wymownie przedstawił warunki hygieniczne i ich wpływ na ogólny stan zdrowotny w prowincyjach arabsko-tureckiego wschodu. Prace te uwieńczyła Akademia nauk w Paryżu nagrodą pięciu tysięcy franków. Obawiam się jednak, że słuszne poglądy doświadczonego autora tylko w teoryi okażą się pięknemi, bo do ich praktycznego uwzględnienia potrzeba dobréj woli rządów, a z tą własnie hygiena publiczna spotyka się dość rzadko. Mieliśmy tego przykład na Marsylii i Tulonie, których radzcy miejscy jakkolwiek przekonani o złych warunkach hygienicznych, zaprotestowali jednak przeciwko zdaniu prof. Brouardela głosem przerażonéj ludności, powołującego zarządy tych miast do przyspieszenia pracy nad polepszeniem ogólnéj ich hygieny. W nielepszym stanie znajdowała się i Hiszpania, gdzie tradycyjne niechlujstwo i straszna nędza nie ustępują w niczem prowincyjom wschodu uważanym za kolebkę chorób zakaźnych. Jeżeli więc zastosowanie przepisów hygienicznych w krajach ucywilizowanych spotyka tylko pogardę, trudności i prawdziwe niedołęstwo, czegóż można żądać od ludów wschodu, uznanego za barbarzyński? Tam bowiem każdy po swojemu zapatruje się na hygienę. Prawda, że często się kąpie i obmywa, ale nadto nic go więcéj nie obchodzi; znajomość zasad hygieny, jeżeli to można nazwać znajomością, ogranicza się wyłącznie do domowéj zagrody, również i zawsze wiele pozostawiającéj do życzenia, ażeby choć z pozoru tylko mogła odpowiedzieć racyjonalnym wymaganiom hygienisty. A jednak te nie pojęte, nie dające się ująć w formę opowiadania warunki zdrowotne wschodu, jakkolwiek najgorsze, przodują oto choć tylko poraz pierwszy temu, co widzimy w miastach południowéj Europy. Im to zawdzięcza Turcyja, że w roku przeszłym ochronną ręką została wolną od zarazy. Niemniéj też można to przypisać i pieczołowitości panującego nad dobrobytem swych ludów; owemu postrachowi, jakim klasy rządzące są tu przejęte na samą wiadomość o wybuchu zarazy, a ztąd i ściślejszemu zastosowaniu przepisów kwarantanowych w przystaniach tureckich. Podczas gdy Egipt ze swą radą sanitarną międzynarodową, nie zdoławszy znieść uporu kapitanów parostatków *Montebello* i *Columbian*, ucierpiał od zarazy, przekonawszy się ponownie, że tam, gdzie zdanie ludzi nauki daje się wynająć za z góry oznaczoną kwotę, tam pozostaje bardzo szczupłe pole do zastosowań hygienicznych.

Rzecz to nie zaprzeczona, że choroby zakaźne wogóle są wyrazem nędzy; że się je spostrzega przeważnie w pośród ubogiéj klasy mieszkańców. Otóż ku ich zwalczeniu koniecznemi są przedewszystkiem solidarność ludów cywilizowanych i co najrychlejsze utworzenie komisyi sanitarnéj europejskiéj, dla łącznego przedsięwzięcia środków zabezpieczających od epidemij, przeciwko którym pojedyncze usiłowania pozostaną jak dotąd bezskutecznemi. Zamiast wydawania milionów na tak zwane cywilizowanie odległych krain, i narzucanie naszych praw ludom wcale tego nie żądającym, byłoby daleko stósowniéj użyć tych samych sum na ulżenie potrzebujących najsamprzód pośród nas samych, a daléj na polepszenie stanu hygienicznego miast i przedmieść, domagających się tego bez przerwy. Bo rozwój naszych starań w okresie już wybuchłéj epidemij, zastosowanie kwarantan i ich utrzymywanie choćby najenergiczniejsze, nie doprowadzi nigdy do zbyt poważnych ulepszeń przykréj sytuacyi sanitarnéj. Prawda, że ludność Turcyi w ciągu 20-letniego okresu czasu nie została przetrzebioną przez cholerę, a tylko inne klęski przyczyniły się do jéj zmniejszenia. Lecz ten brak epidemij nie należy wyłącznie przypisywać ostrożnościom, których jedynym wyrazem są kwarantany, utrzymywane nieraz z przesadną nawet ścisłością. Pomyślny bowiem stan zdrowotny w głównych mianowicie miastach zawdzięczać wypada budowie linij kolei żelaznych, tramwajów, wybrzeża morskiego w Smirnie; ustalenie rur, doprowadzających lepszą niż dotąd wodę do picia, założenie ogrodów publicznych na miejscu dawnych cmentarzysk, wreszcie pożarom, jedynemu środkowi w Turcyi, zmuszającemu mieszkańców do wznoszenia nowych budowli, choć w części odpowiadających wymaganiom hygienicznym. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Lekarze w obec projektu nowéj ustawy karnéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Pomijamy przepisy lekarzy obchodzące, a zupełnie słuszne, jak n. p. zagrożenie grzywną aż do 100 złr., jeżeli lekarz wbrew rozporządzeniu nie donosi władzy bezpieczeństwa o wybuchu choroby zaraźliwéj (§ 465), lub przepis odnoszący się do nieprawnego wykonywania praktyki (§ 454), który opiewa:

„Grzywną aż do 100 złr. karany będzie:

1. kto bezprawnie czynności lekarskie wykonywa z rzemiosła (*gewerbsmässig*);

2. kto bezprawnie z rzemiosła wydaje leki dla chorych;

3. kto bez upoważnienia władzy przedsiębierze obrzezanie rytualne.

Po ponownem skazaniu wymierzyć można karę uwięzienia lub grzywnę aż do 200 złr.

Ta kara stosowana będzie i do osób, które wykonywają usługi akuszerki bezprawnie i z rzemiosła i w przypadkach, w których z łatwością zawezwać można akuszerkę uprawnioną".

Jakkolwiek w przepisie tym już nie ma mowy o żądaniu lub przyjmowaniu wynagrodzenia ze strony partacza, co nigdy prawie sprawdzać się nie dało, — to przecież dodatek „z rzemiosła" nastręczać będzie ciągłe trudności i wątpliwości; a chociaż przepis ten bierze niejako lekarza w opiekę przeciw partaczom, wolelibyśmy, aby go nie było, bo w praktyce oskarżanie i skazyaniwe partaczy zazwyczaj wywołuje skutek przeciwny.

Natomiast § 455 skierowany jest przeciw osobom lekarskim. Opiewa on:

„Lekarze praktykujący i akuszerki, którzy w razach, w których pomoc gwałtownie jest potrzebną i zkądinąd wcześnie „otrzymać jéj nie można, pomocy bez powodu dostatecznego odmawiają lub ją zwlekają, karani będą grzywną aż „do 100 złr.

„Ta sama kara stósowaną będzie do aptekarzy, którzy wydania leków bez dostatecznego powodu odmawiają lub je zwlekają w przypadkach nagłych".

Przepis ten jest dla lekarzy bardzo uciążliwy, a śmiało powiedzieć można, że niema drugiego stanu i zawodu, któryby w podobny sposób był obciążony. Lekarz zależy po prostu od kaprysu chorego lub nawet rzekomo chorego, któremu się zdawać może, że pomoc jest gwałtownie potrzebną a lekarzowi nie wolno pomocy odmówić, a co większa nie wolno jéj nawet zwlekać bez dostatecznego powodu, powodu, który mógł istnieć rzeczywiście w chwili, kiedy lekarza wezwano, a który sprawdzić późniéj niekoniecznie jest rzeczą możebną. Ale stan lekarski, ze wszystkich najofiarniejszy, a do ponoszenia ciężarów przywykły, przecież zapytać się winien był o powód ustanowienia tego przepisu, pomimo, że przepisu takiego niema w kodeksie dotąd obowiązującym, i pomimo, że go nie zawiera kodeks karny niemiecki, który w § 360 orzeka ogólnikowo:

„Grzywną aż do 50 talarów lub więzieniem karany będzie: „kto w przypadkach nieszczęścia lub niebezpieczeństwa ogólnego lub wezwany przez władzę policyjną „lub jéj zastępcę do udzielenia pomocy, wezwaniu nie czyni zadość, „pomimo, że takowemu bez znacznego niebezpieczeństwa własnego „mógł zadość uczynić".

Otóż przepis tego rodzaju jest odpowiedni i sprawiedliwy, bo nasamprzód nie tyczy się tylko lekarzy, lecz każdego bez wyjątku obywatela, a powtóre odnosi się tylko do nieszczęścia, niebezpieczeństwa ogólnego, wobec którego władza ma prawo wezwać każdego obywatela do udzielenia pomocy. Całkiem inaczéj przedstawia się rzecz w projekcie nowym. To też gdy projekt po raz pierwszy przedłożony został, kolegijum doktorskie we Wiedniu wniosło petycyję do Rady Państwa przeciw temu paragrafowi (*W. med. Presse* 1875,

Nr. 1), a w ślad za niem i Towarzystwo lekarskie krakowskie, a zapewne i inne towarzystwa, — z jakim skutkiem, widzimy, skoro paragraf ten i w obecnie przedłożonym projekcie w zupełności i bez istotnéj zmiany utrzymanym został. Nie byłoby więc od rzeczy, aby grona lekarskie udały się ponownie do Rady Państwa, która dopiero pod jesień przystąpi zapewne do roztrząsania projektu, z prośbą o wyrugowanie przepisu w mowie będącego.

Najważniejszym atoli dla stanu lekarskiego jest paragraf 34, który opiewa:

„Kto wykonawstwa zawodu lekarskiego, technicznego lub „innego, przystępnego tylko po wykazaniu się ze szczególnych „wiadomości lub biegłości, nadużywa rozmyślnie celem po„pełnienia zbrodni lub wykroczenia, temu zakazać można wyko„nywania tego zawodu na czas od 6 miesięcy do 3 lat, a wobec „szczególnego niebezpieczeństwa i na zawsze“.

„Jeżeli ktoś śród wykonywania takiego zawodu przez czyn„ność karygodną okazał taki brak potrzebnych wiadomości „lub biegłości, że byłoby rzeczą niebezpieczną dozwolić mu dal„szego wykonywania zawodu, wtedy wykonywanie na tak „do tego zakazać mu należy, aż u władzy odpowie„dniéj, wykaże się z przyswojenia sobie potrzeb„nych wiadomości lub biegłości“.

Paragraf ten niepojętnym dla nas sposobem nie mieści się w rozdziale o wykroczeniach przeciw życiu lub bezpieczeństwu dla zdrowia, lecz w rozdziale o karach i z tego powodu przez nieprawników łatwo przeoczony być może, jak się rzeczywiście przydarzyło Oesterlenowi, który w r. 1882 pisząc obszernie o uchybieniach lekarskich w dziele zbiorowem Maschki (t. III) nic o nim nie wspomina, a przeoczyć go mógł tem łatwiéj, o ile w kodeksie niemieckim, który pod każdym względem służył za wzór projektowi naszemu podobnego przepisu niema. Uchybienia lekarskie według kodeksu niemieckiego podpadają pod ogólnikowe przepisy, objęte §§ 222, 230 i 232, które opiewają:

§ 222: „kto przez niedbalstwo sprowadza śmierć człowieka, „karany będzie więzieniem aż do 3 lat. Jeżeli sprawca do uwagi, „którą śpuścił z oka, szczególnie był obowiązany na mocy urzędu, „zawodu lub rzemiosła, uwięzienie trwać może aż do 5 lat.

§ 230: kto przez zaniedbanie staje się przyczyną obrażenia cielesnego osoby drugiéj, karany będzie grzywną aż do 300 talarów lub więzieniem aż do 2 lat.

W razie jeżeli do uwagi szczególnie był obowiązany na mocy urzędu, zawodu lub rzemiosła, kara może być podwyższoną aż do 3 lat więzienia.

§ 232: Ściganie obrażeń lekkich umyślnych, jakoteż wszystkich obrażeń cielesnych przez zaniedbanie wywołanych ma miejsce na żądanie, o ile obrażenie cielesne nie zostało popełnione śród wykroczenia przeciw obowiązkowi urzędowemu, zawodowemu lub rzemiosłowemu.

Przepisy te znów stosują się do wszystkich zarówno zawodów, a nie wyłącznie do lekarskiego, którego prawodawca wskutek tego z osobna nie wymienia. Przeciw takiéj osnowie lekarze nic mieć nie mogą.

Podobny przepis mieści się i w naszym projekcie (§ 238), który opiewa:

„kto przez niedbalstwo wywołuje u osoby drugiéj szkodę „na ciele lub zdrowiu, z powodu obrażenia cielesnego wskutek „zaniedbania, karany będzie więzieniem aż do 3 miesięcy lub „grzywną aż do 500 złr. Jeżeli zaniedbanie pociągnęło za sobą „skutki przewidziane w § 231, 1 i 232 (uszkodzenie lekkie kwa„lifikowane lub uszkodzenie ciężkie), kara podwyższoną będzie aż „do 2 lat więzienia lub aż do 1000 złr. grzywny“.

„Jeżeli sprawca do uwagi, którą spuścił z oka, obowiązany „był na mocy urzędu, zawodu lub rzemiosła, kara podwyższoną „być może aż do 3 lat więzienia“.

Wreszcie § 240 zawiera podobne rozporządzenie jak kodeks niemiecki co do ścigania wspomnianych czynności karygodnych.

Zdawałoby się, że projekt nasz, podając prawie dosłownie te trzy przepisy, co kodeks niemiecki, na nich poprzestanie; tymczasem uznał za stósowne przypomnieć § 356 k. k. dotąd obowiązującego, poświęcony t. zw. uchybieniom lekarskim (*Kunstfehler*), a który prawie w zupełności zatrzymał. Różnica zachodzi tylko ta, że według kodeksu dotychczasowego lekarza można było ścigać dopiero wtedy, jeżeli wskutek jego nieuctwa nastąpiło ciężkie uszkodzenie cielesne lub śmierć, według projektu zaś wystarcza „czynność karygodna“, a więc ściganie jest możebne nawet w razie, jeżeli nastąpiło lekkie tylko uszkodzenie cielesne. Jeżeli ta różnica, dla lekarzy arcyniekorzystna, jest całkiem jasna, to za to mniéj jasno wyraża się projekt, mówiąc o zakazaniu oskarżonemu praktyki na tak długo, aż nie wykaże się u władzy odnośnéj z przyswojenia sobie potrzebnych wiadomości lub biegłości, podczas gdy kodeks dotychczasowy nie obwija wcale w bawełnę, wyrażając się, „aż przez nowy egzamin nie wykaże uzupełnienia brakujących wiadomości“. Dotąd więc lekarz obwiniony i uznany winnym uchybienia lekarskiego mógł tracić prawo wykonywania praktyki i musiał poddać się nowemu egzaminowi oczywiście przed jednym z wydziałów lekarskich; według projektu czeka go ta sama kara, ale nie wiadomo, czy prawodawca żąda od niego nowego formalnego egzaminu lub nie.

Pomijając naturalnie pierwszy ustęp § 34, który jest całkiem słusznym, ale może zbytecznym, bo w takim razie lekarz ulega surowości prawa jako zwykły przestępca, w rzeczy saméj tem bardziéj kary godny, im większe ma wykształcenie i stanowisko zaufania powszechnego wymagające, uważać należy ustęp drugi jako dla lekarzy uciążliwy z powodu następującego.

§ 356 k. k. dotychczasowy był wprost skierowany przeciw lekarzom i dla tego lekarze przeciw niemu w zasadzie protestować musieli. W praktyce rzecz miała się inaczéj. Pomimo skarg zaniesionych przeciw lekarzom nie znany nam jest przypadek, w którymby przyszło do zabronienia lekarzowi wykonywania praktyki przez czas pewien, a już wcale nie wiadomo nam, aby zaszedł kiedykolwiek przypadek, w którymby lekarz zgłosił się do wydziału lekarskiego, aby poddać się nowemu egzaminowi, celem „uzupełnienia brakujących wiadomości“ i zaprawdę trudno pojąć, jakby Wydział w takim razie sobie postąpił, bo w téj mierze żadne nie istnieją przepisy; czy przedsięwziąłby z kandydatem egzamin całkowity, czy częściowy, czy wydałby nowy dyplom i t. d. Natomiast znamy przypadki o wiele smutniejsze, jak np. ten, który się parę lat temu zdarzył we Wiedniu, a który zakończył się samobójstwem lekarza obwinionego; znamy przypadek, który zdarzył się w kraju naszym, że lekarz, który nie był wcale skazanym, nawet nie był jeszcze pociągniętym przez sąd do odpowiedzialności, otruł się, aby uniknąć ciosu, który mu miał grozić. Łatwo pojąć, że lekarz, mający nad sobą miecz Damoklesa, przenosi śmierć z własnéj ręki nad dotkliwą szkodę nie tylko materyjalną, ale co ważniejsza, moralną. A więc ów niefortunny paragraf, nie osiągnąwszy celu, jaki miał na oku prawodawca, zrządza nieszczęście, o którego sprowadzeniu zapewne wcale nie myślano. Smutnem tem doświadczeniem nauczony, powinien był raczéj wyrzucić przepis niepraktyczny, a że się bez niego obejść można, świadczy właśnie kodeks niemiecki.

Mimo to jednak lekarze nie mogą wprost wystąpić przeciw w mowie będącemu paragrafowi, ponieważ w projekcie nie odnosi on się do lekarzy samych, lecz obejmuje wszystkie zawody; ale powinni odezwać się z innego powodu.

Zostawmy innym zawodom swobodę zapytania się, kto i w jaki sposób orzeka o uchybieniu, i w jaki sposób uchybiający ma wykazać się i komu z przyswojenia sobie brakujących wiadomości lub biegłości, a przypatrzmy się, kto jest powołany u nas do orzekania o t. zw. uchybieniu lekarskiem.

Przedewszystkiem wiadomo, że pojęcia uchybienia lekarskiego zdefinijować nie jesteśmy w stanie; pozostaje więc tylko trzymać się pojęcia „niewiadomości, nieznajomości rzeczy, nieuctwa (*Unwissenheit*).“ Któż tedy sądzi o nieuctwie lekarskiem? Oto lekarz sądowy; powiadam: lekarz, a nie lekarze sądowi, bo jeżeli nie przypuszcza się wywołania zbrodni, to sędzia ma prawo wezwania tylko jednego lekarza. Któż jest tym lekarzem sądowym? Może nim być lekarz bardzo biegły i doświadczony, ale może nim być lekarz młody, który zaledwie ukończył studyja i ten ma sobie po-

ruczone zadanie sądzenia biegłości kolegi, który może być o wiele od niego starszym. Na tem nie koniec: Któż sądzi winę lekarza? Sędzia jeden, który w hierarchii zajmuje zazwyczaj niższe stanowisko.

Otóż sędzia młody z lekarzem młodym mogą uznać winnym starego praktyka i nie tylko zadać mu dotkliwą szkodę, ale stać się przyczyną jego samobójstwa. Nie posądzam bynajmniéj obydwóch tych osób o postępowanie lekkomyślne, o igranie z losem obywatela poważnego, a tem mniéj o złą wiarę — mogą oni działać w najlepszéj wierze, ale wszakże mylić się każdy może: pozostaje skazanemu wprawdzie możność odwołania się do instancyi wyższéj — ale już wyrok potępiający pierwszéj instancyi jest dla lekarza szkodą moralną tak dotkliwą, że, jak to miało miejsce we wspomnianym przypadku wiedeńskim, w rozpaczy swéj lekarz nie zdoła doczekać się orzeczenia i wyroku instancyi drugiéj i chwyta za broń morderczą. Otóż przypadki te stały się powodem, że powszechne objawiło się życzenie, aby w każdym przypadku obwinienia lekarza o uchybienie zawodowe, Sąd po wysłuchaniu znawcy, albo nawet z pominięciem onego zasięgał zdania Wydziału lekarskiego. Dwojaka jest korzyść ztąd wyniknąć mająca: raz, że Sąd będzie miał rękojmię, że otrzyma orzecze nie względnie najlepsze, a powtóre, lekarze sądowi pozbędą się owego odium, nieodłącznego od obowiązku sądzenia kolegi. Byliśmy już kilka razy w takiem przykrem położeniu, a każdym razem udało nam się zrzucić z siebie to odium, wskazując Sądowi, że w danym razie najwłaściwszą będzie rzeczą, prosić o orzeczenie Wydziału. Sąd każdym razem okazał się wyrozumiałym, — ale w przeciwnym razie mógłby zmusić znawców do wydania orzeczenia od siebie, dla tego, że zażądanie orzeczenia Wydziału w takim razie nie jest przewidziane. Dziwnym sposobem, gdy ta sama kwestyja agitowała się w Prusiech przed dwu laty, fizycy rządowi przeciwnie czuli się obrażonymi, że im koledzy nie dowierzają, żądając zasiągania zdania kolegijów lekarskich. Nie pojmujemy téj drażliwości i koniecznej ochoty sądzenia kolegi — ale przyznać należy, że w Prusiech rzecz się ma nieco inaczéj. Tam sądy używają jako znawców tylko fizyków rządowych, a więc mężów starszych, używających już pewnéj powagi, którzy w każdym razie po ukończeniu studyjów, otrzymaniu stopnia doktorskiego i złożeniu egzaminu rządowego nadto złożyli egzamin na fizyka i po upływie dłuższego czasu doczekali się nominacyi na fizyka obwodowego; podczas gdy u nas młody lekarz może być powołany do sądzenia o wiele od siebie starszego. Poruczenie spraw tych Wydziałom u nas zadowoli z pewnością wszystkie strony i dla tego sądzimy, że wypadałoby, aby grona lekarskie zaniosły petycyję do Rady państwa w tym duchu, a jest pewna nadzieja, że petycyja ta nie pozostanie bez skutku, albowiem już jeden z posłów niemieckich, a członek komisyi obradującéj nad tym projektem, uczynił podobny wniosek, a p. Minister podobno wyraził się o nim przychylnie. Skoro więc początek jest zrobiony, należy tylko rzecz poprzeć, a nie wątpię, że oddałoby się przez to wielką usługę lekarzom praktycznym.

W końcu z zadowoleniem wspomnieć mi wypada o stronie dodatniéj projektu odnośnie do stanu lekarskiego. Otóż § 358 k. k dotychczasowego, w którym jest mowa o karygodności lekarza, który objąwszy chorego w opiekę, takowego zaniedbuje — nie został objęty nowym projektem; odpada więc dla lekarza obawa, aby zamiast honoraryjum nie doczekał się ze strony wdzięcznego pacyjenta lub jego otoczenia oskarżenia o zaniedbanie przez nie dość częste doglądanie i t. d. *L. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 4 lipca. Towarzystwo lek. krakowskie przed wakacyjami posiedzeń odbywać już nie będzie.

* Dowiadujemy się, że sprawa utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie postąpiła o znaczny krok naprzód. Być może, że w numerze przyszłym będziemy w stanie bliższą w tym względzie podać wiadomość.

* W Krynicy było dotąd gości 729, w Żegiestowie 181, w Cieplicach czeskich 2952, w Gainfarn 494.

* Dwutygodnik *„Breslauer Aerztliche Zeitschrift"*, istniejący od lat 11, przestał wychodzić.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Krafft-Ebing ostatecznie przyjął katedrę psychijatryi. — Prof. chemii Barth otrzymał tytuł radzcy dworu. — **Praga czeska**. Dziekanem wydziału lek. czesk. wybrany prof. Horbaczowski.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj Dr. Antoni Skiślewicz przy szpitalu garniz. w Theresienstadt.

* Stopień Drów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Borzęcki Eugieni z Sokołówki, Ciastoń Eugeni z Frysztaka, Ciechanowski Antoni z Dukli, Fuchs Stanisław z Krakowa i Zakliński Onufry z Czerniowiec.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 26: Ziemińskiego: O pierwotnem zap. osłonki gałkowéj Tenona; Pawińskiego: Strophantus. Jego wpływ na serce (c. d.); — w *Przewodniku gimnast.* Nr. 6: Krówczyńskiego: Suchoty a gimnastyka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 13 Lipca 1889. Nr. 28.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym.

Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia 18-go maja 1889 roku przez

Dra Gustawa Piotrowskiego.

Panowie! Jeżeli za pomocą prądu indukcyjnego pobudzamy nerw kulszowy żaby, połączony z mięśniem łydkowym, wtedy mięsień ten popada w tężec, który ustaje wraz z otwarciem prądu. Doświadczenie to znane jest ogólnie nawet i laikom — we fizyologii zaś powtarzane nader często.

Podobne zjawisko jesteśmy też w stanie wywołać za pomocą naszéj woli, t. j. wprawić w skurcz mięsień lub też grupę mięśni — i skurcz ten następnie usunąć. Zjawiska te, jak już zauważyłem, są do siebie podobne — przedstawiają jednak różnicę bardzo wielką, mianowicie co do powrotu mięśnia do stanu spoczynku, a raczéj poprzedniego napięcia. W pierwszym przypadku wywołujemy skurcz prądem indukcyjnym, w drugim za pomocą woli naszéj, — w pierwszym wystarcza przerwanie prądu, aby skurcz ustąpił, w drugim zaś musimy w naszym ustroju coś uczynić, aby skurcz ustał, musimy stanowi czynnemu, wprawiającemu mięsień w skurcz, przeciwstawić inny stan czynny, któryby działanie pierwszego zniósł, zahamował, czyli zatamował. W tym razie oba te stany wywołane naszą wolą muszą mieć źródło w korze mózgowéj, w któréj się zatem sprawa zatamowania odbywa. Zjawisko to jest tak codzienne, rozumowanie nasuwa się koniecznie samo z siebie, że powinno było naprowadzić fizyjologów na obszerną dziedzinę nauki o tamowaniu; tak się jednak nie stało, właśnie to zjawisko poczęto roztrząsać dopiero w ostatnich latach, za przewodników zaś służyły doświadczenia znacznie więcéj złożone.

Zasada, że *duobus doloribus simul abortis non in eodem loco vehementior obscurat alterum,* znaną była już od bardzo dawnych czasów, bo od jéj twórcy Hipokratesa. Pierwsza połowa naszego stulecia dostarczyła kilku spostrzeżeń z zakresu tamowania, jak n. p. Volkmanna i Erdmanna, że siłą woli lub też wykonywaniem pewnych ruchów stłumić można śmiech i płacz; pierwszy zaciskaniem zębów lub zagryzaniem warg, drugi zaś nasilonemi ruchami połykania. Wszystko to jednak były luźne tylko uwagi, nie ujęte w żadną całość, nie objaśniane dostatecznie. Początek nauki o tamowaniu dały dopiero badania nad unerwieniem serca.

Na zjeździe przyrodników w Neapolu w r. 1845 przedstawili bracia Weberowie krótkie lecz treściwe sprawozdanie zatytułowane: *Eduardi et Ernesti Henrici Weberi experimenta, quibus probatur nervos vagos rotatione machinae galvano magneticae irritatos motus cordis retardare et adeo intercipere.* W sprawozdaniu tem podają, że przy silnem drażnieniu nerwu błędnego serce ustaje bić zupełnie, i to w stanie rozkurczu, czyli, że drażnienie a zatem wprawianie w stan czynny nerwu nie sprawia skurczu mięśnia zaopatrywanego przezeń, lecz wywołuje wprost coś przeciwnego, t. j. nieczynność serca, co było zjawiskiem dla fizyjologów zupełnie nowem. Doświadczenie to było punktem wyjścia nauki o tamowaniu, a nerw błędny jest do dziś dnia uważany jako nerw tamujący *par excellence.*

Doniosłe odkrycie braci Weberów narobiło oczywiście wielkiéj wrzawy między fizyjologami; rzucono się do sprawdzania faktu, opracowywania go w szczegółach, skąd wywiązała się walka prowadzona z zaciętością i szowinizmem przekraczającym nader często granice przyzwoitości. Pojawiło się mnóstwo prac, które niestety skąpą tylko ilość pewnych faktów przyniosły, za to tem więcéj hypotez, z których w krótkości przytoczę te tylko, które dla niniejszego wykładu są nam przydatne.

Teoryja tamowania ruchów serca, opracowana i rozszerzona w myśl braci Weberów przez Pfluegera, Ludwiga, Bezolda i innych, poucza, że serce posiada dwojakiego rodzaju nerwy; współczulny zaopatruje je w gałązki kończące

się w komórkach zwojowych ruchowych, które przyspieszają działanie serca, błędny zaś, zostający w związku ze zwojami nerwowemi wykrytemi przez Remaka, sprawia rozkurcz mięśnia sercowego. Rozkurcz ten przypisują jedni badacze powiększeniu oporu dla podniet ruchowych, które powstaje w komórkach zwojowych przy drażnieniu nerwów błędnych, inni zmianom odżywczym w tychże komórkach itd. — wszyscy jednak przyjmują zwoje nerwowe jako główny czynnik w zatamowaniu ruchów serca.

Przeciw tym poglądom wystąpił znów cały szereg badaczy, jak: Budge, Naumann, Moleschott, a przedewszystkiem Schiff, którzy opierając się na fakcie, że bardzo słabe pobudzanie nerwu błędnego przyspiesza ruchy serca twierdzili, że nerw ten jest tak samo nerwem ruchówym, jak n. p. współczulny, lecz o wiele rychléj podlega znużeniu; stąd ustanie działania przy silnych prądach, stąd rozkurcz serca.

Z kolei poruszę zapatrywanie mało znane teraźniejszym fizyjologom, dla nas jednak nader ważne ze względu na związek z zbadaniami, jakie napotkamy w dalszym ciągu wykładu. Mam tu na myśli teoryję Springa i Piotrowskiego, Ojca mego, przypuszczającą oprócz skurczu i rozkurczu serca, jeszcze trzeci stan, tak zwany przedskurcz. Podług téj teoryi serce posiada włókna mięsne działające w dwóch kierunkach, mianowicie jedne w kierunku osi, drugie zaś prostopadle do téjże. Pierwsze kurcząc się nadają sercu kształt kulisty, zwiększają jego pojemność, t. j. wywołują przedskurcz, drugie zaś zcieśniają jamę serca, czyli stwarzają skurcz. Nerw błędny zaopatruje mięśnie działające podczas przedskurczu — jest więc nerwem ruchowym, zarówno jak i współczulny.

Teoryja ta nie potrzebuje wzywać w pomoc komórek zwojowych, opiera się ona jedynie na anatomicznych stosunkach serca. Wprawdzie przebieg włókien mięsnych w sercu nie jest jeszcze po dziśdzień zupełnie dokładnie zbadany, jednak to jest pewną rzeczą, że mięśnie powierzchowne przebiegają pod kątem prostym do wewnętrznych, jak to znane było dawniejszym autorom Winslowowi i Scarlemu, a co nowsi, jak n. p. Ludwig, Winckler, w końcu Pettigrew potwierdzili, z téj więc strony teoryja Springa i Piotrowskiego nie może spotkać zarzutu.

W ostatnich czasach i Rossbach doszedł do przekonania, iż stan serca wywołany drażnieniem nerwu błędnego, nie jest stanem jednakowym ze zwątleniem mięśnia, że jest on przeciwnie czynnem ułożeniem się molekułów mięśnia, objawiającem się tylko na zewnątrz jako stan spoczynku. Widzimy więc tutaj pewne podobieństwo z teoryją Springa i Piotrowskiego — autor jednak rozróżnia następnie rozkurcz zwyczajny, prawidłowy (diastole) i rozkurcz otrzymany przy drażnieniu nerwów błędnych; w każdym jednak razie i on porzuca naukę o zwojach sercowych i zalicza nerw błędny do rzędu nerwów ruchowych.

Skoro wpływ tamujący nerwu błędnego na serce został wykazany, rozpoczęto poszukiwania, czy i inne narządy nie posiadają podobnie nerwów znoszących ich czynność. Rzeczywiście wkrótce, bo w r. 1855, stwierdził Pflueger tamujące działanie nerwów trzewowych na ruchy robaczkowe jelit, za nim zaś inni badacze udowodnili istnienie nerwów tamujących, obok ruchowych, dla całego przewodu pokarmowego, t. j. gardziela, żołądka, odźwiernika, jelita cieńkiego, grubego i odbytnicy. Działanie tych nerwów tłomaczą jedni badacze podobnie, jak co do serca, wpływem ich na komórki zwojowe wykryte przez Meissnera i Auerbacha w ścianach jelit, inni zaś zaopatrywaniem dwóch odrębnych warstw mięśni, t. j. okrężnéj i podłużnéj. Ta ostatnia hypoteza rozwinięta szczególnie przez Exnera dla wszelkich narządów mających kształt i własności rur sprężystych stara się udowodnić, że nerwy ruchowe kończą się w mięśniach okrężnych i pobudzane zwężają światło narządu, n. p. jelita, wydłużając zarazem to ostatnie, drugi zaś rodzaj nerwów, uważanych jako tamujące, wprawia także w skurcz mięśnie, lecz warstwy podłużnéj, wskutek czego narząd się skraca a zarazem i rozszerza w wymiarze poprzecznym.

Podobnie jak dla jelit, wykazali też fizyjologowie postępując za słynnemi badaniami Klaudyusza Bernarda dwojakiego rodzaju nerwy w naczyniach krwionośnych. Jedna kategoryja tychże, jak nerw współczulny, n. podjęzykowy, kulszowy itd., zwęża naczynia, druga zaś, do któréj zaliczamy nerw językowy i wzwodowy rozszerza je. Działanie to starano się wytłomaczyć podobnie jak unerwienie serca przypuszczając komórki zwojowe w ścianach naczyń, regulujące napięcie tychże. Nerwy ruchowe sprawiają według téj hypotezy skurcz mięśni okrężnych naczyń czyli zwężenie ich światła, nerwy zaś tamujące, kończące się w komórkach zwojowych, wywołują przy podrażnianiu zmniejszenie ich czynności, a co za tem idzie, osłabienie napięcia ścian naczyniowych, czyli rozszerzenie naczyń. Inna hypoteza jest podobna do omówionéj poprzednio przy unerwieniu przewodu pokarmowego. Naczynia, podobnie jak jelita posiadają dwie warstwy mięśni: okrężną i podłużną, w których się też dwojakie nerwy kończą i sprawiają raz zwężenie naczyń, drugi raz rozszerzenie, zawsze w drodze czynnéj.

Wszystkie te tamowania, o których dotychczas była mowa, odbywały się wskutek zadrażniania obwodowych końców nerwów, a więc na drodze odśrodkowéj. Z kolei przejdziemy do obszerniejszéj dziedziny tamowań a mianowicie na drodze odruchowéj czyli zwrotnéj, przyczem oczywiście w pierwszym rzędzie uwzględnić musimy rdzeń pacierzowy, jako główny narząd dla odruchów. Tak samo jak z rdzenia wywołać można odruchy, tak też zarówno można je za pomocą rdzenia zatamować. Wiadomo każdemu, kto się fizyjologią zajmuje, że jeżeli się położy na skórze grzbietu lub łapki żaby pozbawionéj mózgu i rdzenia przydłużonego kawałek bibuły napojonéj rozcieńczonym kwasem siarkowym, wtedy żaba stara się łapką odpowiednią zrzucić drażniący przedmiot, czyli wykonywa odruch. Jeżeli równocześnie z tym rodzajem podniety zadrażnimy silnie n. p. przez uciskanie łapki pincetą, wtedy odruch ten nie pojawia się, czyli zostaje zatamowany; czynność komórek rdzenia pacierzowego zniesiona przysłaniem tymże komórkom drugiéj podniety.

Podobnie też na drodze zwrotnéj zatamować można pewne czynności rdzenia przedłużonego, w którym mieszczą się, jak nam wiadomo, ośrodki tak zwane automatyczne, t. j. regulujące działanie serca, oddychanie, napięcie naczyń itd. za pomocą wychodzących zeń nerwów. Tak n. p. drażnieniem górnego nerwu krtaniowego można znieść, zatamować ruchy oddechowe, za pomocą silnego pobudzania ośrodkowego końca nerwów czuciowych zawiesić ruchy serca przez nerw błędny, jak to czynił Goltz uderzając w brzuch żaby, podobnie wreszcie podrażnieniem ośrodkowego końca tak zwanego *n. depressor* obniżyć ościenne parcie krwi przez wywołanie rozszerzenia naczyń trzew, co też jest zjawiskiem wchodzącem w zakres tamowań na drodze odruchowéj.

Mózg posiada w wysokim stopniu własności tamujące, czego najlepszym dowodem jest ta okoliczność, że odruchy występują bardzo wybitnie po usunięciu go, a więc po oddaleniu hamulca. Seczenow, który szczegółowo badał zjawiska odruchowe i tamowanie tychże, chce nawet umiejscawiać siedzibę ośrodków tamujących w pagórkach wzrokowych, ciałach bliźniaczych itd. Tak samo czyni i Langendorff, jednak przeważna część fizyjologów nie podziela tych poglądów.

Najgłówniejszą może rolę co do tamowania za pomocą mózgu odgrywa kora mózgowa. Moglibyśmy biorąc w pomoc psychologię przytoczyć tutaj nieskończoną liczbę przykładów tego rodzaju tamowania. Człowiek zamyślony, zagłębiony w czytaniu, nie słyszy co się do niego mówi, a raczéj nie rozumie za pomocą kory mózgowéj wrażeń dźwiękowych — nie czuje nawet bólu zadanego mu podczas tego, co jest zatamowaniem czucia — i odwrotnie znów, jeżli wrażenia otrzymane z zewnątrz podczas myślenia n. p. widok olśniewający, nagły krzyk i t. d. są silniejsze, wtedy przerywają myśl, tak, że potem trudno lub niepodobna wątku uchwycić. W pierwszym razie mieliśmy zatamowanie czynności zmysłów przez przeważające działanie kory mózgowéj, w drugim zaś zatamowanie stanu czynnego komórek zwojowych kory przez silniejsze wrażenia zmysłowe — w obu jednak razach oczywiście rozchodzi się o sprawy w samychże komórkach kory mózgowéj. Większa część zjawisk hypnotycznych, jak poddawanie (*suggestion*), odnieść się daje do tamowania, które naszem zdaniem wielką w przyszłości rolę może odegrać w téjże dziedzinie i dać nam może klucz do rozwiązania wielu ciemnych zagadek w zakresie hypnotyzmu. W końcu i sen naturalny też na tamowaniu polega.

O ile dużo posiadamy spostrzeżeń psychologicznych, o tyle skąpy tylko materyjał doświadczalny, do którego w pierwszym rzędzie zaliczyć należy cenne badania Bubnowa i Heidenhaina. Stwierdzili oni na psach morfinizowanych, u których podrażnianie ośrodków kory mózgowéj wywołuje tężec odpowiednich mięśni trwający długi czas po ustaniu pobudzania, że jeżli podczas podobnego tężca drażni się korę mózgową prądem nader słabym, to tężec ustaje, mięśnie nagle wiotczeją.

W ten sposób, o ile nam szczupły zakres niniejszego wykładu dozwala przytoczyliśmy ważniejsze przykłady dla objaśnienia tego, co w fizyjologii nazywamy tamowaniem. Opierając się tylko na tych faktach, któreśmy dotychczas podali, moglibyśmy powiedzieć, że tamowanie jest zawieszeniem pewnych czynności fizyjologicznych przez wzniecenie jakiegoś nowego stanu czynnego.

W jakiż sposób odbywa się to zatamowanie? Tutaj można powiedzieć słusznie, *quod capita tot sensus*, tak wielka jest liczba teoryj, hypotez, omawiań i obrazowań pragnących uchodzić za istotne tłomaczenie bądź to poszczególnych przypadków, bądź też ogółu zjawisk tamowania. Z pośród téj olbrzymiéj liczby zajmiemy się hypotezami podług nas najogólniejszemi. Jedną z takich rozwinął H. Munk na podstawie następujących badań Schlössera. Jeżli się zadrażnia kwasem skórę na grzbiecie uda żaby pozbawionéj mózgu, wtedy zgina ona łapkę w stawach i skręcając ją zarazem ku górze, ściera miejsce zadraźnione. Przeciwnie zaś skręca ją w stronę brzucha, gdy się dotknie kwasem spodniej części skóry na nodze żaby. Przy równoczesnem zaś podrażnianiu obu tych miejsc zgina żaba wprawdzie łapkę w stawach, nie skręca jéj jednak ani ku brzuchowi ani ku grzbietowi. Przy głaskaniu skóry grzbietu skalpelem kręgosłup żaby bez mózgu wygina się wklęśle do instrumentu, odnoża zaś wyprężają się; jeżli się położy papierek namoczony w kwasie na skórze w okolicy odbytnicy, wtedy żaba zgina łapkę, jeżli zaś zastosuje się naraz oba te rodzaje podrażnienia, to grzbiet wprawdzie się wygina, łapki już jednak nie wyprężają a zginają w bardzo nieznaczny tylko sposób. Przy doświadczeniu Goltza, t. j. odruchowem wydawaniu głosu żaby (*Quackversuch*) kurczą się mięśnie brzucha, wypychają krtań ku przodowi, czynią więc ruchy wydechowe, przyczem otwiera się *aditus laryngis*, głośnia zaś wygina wypukłością ku brzuchowi. Jeżli się zaś równocześnie ugniecie silnie łapkę, co tamuje odruch, wtedy krtań cofa się ku tyłowi, *aditus laryngis* pozostaje zamknięty, a głośnia wygina się wklęśle ku brzuchowi. We wszystkich tych przytoczonych przypadkach mamy podług Schlössera zniesienie czynności odruchowych przez wprawienie w stan czynny przeciwnych (antagonistycznych) grup mięśni, a więc podobnie, jak przy działaniu dwóch sił w przeciwnych kierunkach. Teoryja ta opiera się więc na zjawiskach czysto mechanicznych, a przedstawia nam podobieństwo z hypotezą, tłomaczącą zmiany w świetle naczyń i jelit unerwieniem dwóch przeciwnie działających warstw mięśni, a więc antagonistów — t. j. podobnie jak teoryja Springa i Piotrowskiego.

Nie czas nam tutaj rozpatrywać poszczególne przypadki, o ile mianowicie dla nich to tłomaczenie przyjąć należy, w żadnym jednak razie objaśnianie mechanicznem działaniem nie daje się dla wszystkich zjawisk uogólnić. Pomijam już nawet kwestyję zawieszania oddychania na drodze odruchowéj w wydechu, gdzie udowodniono, że oprócz działania mięśni antagonistycznych przeważną rolę odgrywa zatamowanie podniety w ośrodkach oddechowych, o wiele bowiem wybitniejszy dowód znajdujemy w doświadczeniach Heidenhaina i Bubnowa nad tamowaniem w korze mózgowéj. Mówiłem o nich poprzednio, nie będę więc powtarzał, dodam tylko, że doświadczenia przeprowadzali w ten sposób, iż ścięgno jednego tylko mięśnia łączyli z myografem i badali skurcz przy drażnieniu, a następnie rozkurcz przy tamowaniu. Tu więc, przy użyciu jednego mięśnia o działaniu antagonistycznem mowy być nie może. Tak samo teoryja ta niedopisuje nam odnośnie do zwrotnego tamowania wydzielania śliny, które wykazał Pawłow, a w ostatnich miesiącach Gley. Dawniéj, gdy sądzono, że wydzielanie śliny zależy bezpośrednio od parcia ościennego krwi w naczyniach gruczołu, byłoby możliwem stosować teoryję antagonistycznego unerwienia, dziś jednak, gdy wiemy, że wydzielanie nie idzie w parze ze zmianami naczyniowemi i nie stoi w bezwzględnym związku z niemi, możliwość ta upadła zupełnie. Przykładów podobnych moglibyśmy jeszcze wiele przytoczyć, te jednak już nam dostatecznie wystarczają, aby powiedzieć, że teoryja omawiana nie jest wystarczającą. (Dok. nast.)

II. Dalsze uwagi nad doszczętną operacyją przepuklin metodą Mac Ewena.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Zanim przystąpię do uwag, nasuwających się po rozpatrzeniu się w powyżéj przytoczonych przypadkach doniość

muszę o dalszym przebiegu przypadku szóstego, o którego wyniku nie mogłem w pierwszéj mojéj pracy nic powiedzieć; gdyż podówczas był on jeszcze nie ukończonym. Otóż po części skutkiem nieczystości sprowadzonych cewnikiem, pozostającym komornem w pęcherzu, po części zaś ciągłym niespokojem, wywołanym przez kaszel coraz to znaczniejszy, powstało tak po jednéj, jak i po drugiéj stronie obfite ropienie, wśród którego odszedł kawałek zmartwiałego worka przepuklinowego po stronie lewéj. Późniéj ropienie się zmniejszyło i rany mogłyby się były zagoić, gdyby nie coraz to większe podupadanie sił i gorączka, tak, że wreszcie pacyjent w dn. 1-go stycznia b. r. życie zakończył.

Z protokółu oględzin pośmiertnych, dokonanych przez Dra Krokiewicza w zakładzie prof. Browicza notuję tylko najważniejsze punkty: *Phthisis pulmonum tuberculosa sub forma destructionis. Cavernae inveteratae tuberc. utriusque apicis pulm. Oedema chronicum pulmonum. Adhaesiones pleuriticae ambilaterales. Hydronephrosis ambilateralis levioris gradus. Ectasia utriusque uretheris. Cystitis ulcerosa, purulenta, nec non pyelitis acuta. Hypertrophia vesicae nec non diverticula, Strictura partis membranaceae urethrae, nec non fistula perinealis externa. Herniotomia ambilateralis lege artis facta. Phlegmone in regione herniotomiae sinistrae circumscripta.* Co do tego ostatniego punktu znalazłem następujące wyjaśnienie: w okolicy kanału pachwinowego prawego na więzie Pouparta ubytek wielkości dwudziestówki pokryty żywą tkanką granulacyjną, z którego na obie strony w kierunku mięśni rozchodzą się blizny. Wzdłuż więzu Pouparta lewego na długości 4 blisko centim. owrzodzenie o dnie i brzegach nacieklych strzępiastych szaro zielonkowatych. Owrzodzenie to sięga aż prawie pod otrzewnę, jednak nie przechodzi na nią i szwy na otrzewnéj w temże miejscu wyraźnie utrzymane.

Żałowałem bardzo, że nie mogłem osobiście być przy nekroskopii, gdyż była to jedyna sposobność do badania stosunków worka przepuklinowego w taki sposób traktowanego.

Tak widzimy więc, że na tych 17 doszczętnych operacyj przepuklin nie umarł ani jeden wskutek samego zabiegu operacyjnego, dopiero bowiem co opisany przypadek śmierci odnieść należy już to do zmian gruźliczych w płucach, już do rozległych zmian w narządzie moczowym; w każdym razie płynie ztąd nauka, że nie powinno się podejmować operacyj tak ciężkich, do jakich bądź co bądź zaliczyć należy doszczętne operacyje wolnych przepuklin, u indywiduów, które nie cieszą się pod innemi względami jakiem takiem zdrowiem.

Inaczéj ma się rzecz z przebiegiem. Przedewszystkiem pokazuje się, że w czterech przypadkach uległ tampon wytworzony z worka przepuklinowego zgorzeli. Na pewne mogę twierdzić, że w jednym z nich powstała zgorzel skutkiem za mocnego przesznurowania worka przepuklinowego, a był nim przypadek siódmy; dlaczego ona powstała w innych trzech, a mianowicie w szóstym, w ósmym i w dwunastym, tego na pewno nie wiem, tyle tylko dodam, że w tym ostatnim zmieniłem już był postępowanie, a mimo tego przyszło do oddzielania się jednéj części worka.

Że zarzut, który uczynił Dr. Krajewski mojéj metodzie, uważam za słuszny, najlepszym dowodem jest to, że ja go sobie uczyniłem sam jeszcze wcześniéj, skoro postępowanie to w niektórych szczegółach zmieniłem. Mianowicie z obawy za mocnego ściągnięcia przewiązki, nakładanéj na samą szyję worka, usunąłem w zupełności tak przewiązywanie go *en masse*, jako też częściami, a uważając poprzeczne zamknięcie worka za korzystniejsze od podłużnego, wykonywam je obecnie w ten sposób, że nitkę w poprzek szyi kilkakrotnie przeszytą przeprowadzam od tyłu ku przodowi przez obydwa filary bramy przepuklinowéj.

Lecz przyczyna zgorzeli worka albo raczéj wytworzonego z niego tamponu może leżeć jeszcze w czem innem, a osobliwie w wielkości samego worka. Tenże bowiem oddzielony na tak znacznéj przestrzeni od części miękkich, od których otrzymywał dotąd swój zasób krwi, z łatwością uledz może martwinie, a to tem bardziéj, że pomimo najlepszéj antiseptyki trudno nam stworzyć w tak znacznéj jamistéj ranie warunki tak idealne, iżby przyjąć można wgojenie się zmartwiałego kawałka tkaniny organicznéj, jak to przypuszcza Dr. Krajewski. Dlatego też na przyszłość postanowiłem sobie nie zużytkowywać całego worka przepuklinowego, jeżeli tenże okazuje niezwykłe rozmiary, lecz część jego odciąć, a z pozostałéj części wytworzyć dostateczną jeszcze poduszeczkę.

Powrócić jeszcze muszę na chwilę do owéj trudności gojenia się ran jamistych, jaką właśnie jest rana po usunięciu worka przepuklinowego z moszen. Najlepiéj ją porównać możemy do ran, które powstają po wyłuszczeniu nowotworów, a w szczególności wolów na szyi sposobem Socina i Kochera. Każdemu na tem polu nieco doświadczonemu nie jest tajnem, że po wyłuszczeniu guzów zwyrodniałych z pośród prawidłowéj istoty gruczołowéj powstaje do pozostałéj jamy pomimo skrzętnego podwiązania naczyń tak obfite sączenie krwi miąższowe, iż dla zapobieżenia z jednéj strony niepotrzebnéj utracie krwi, z drugiéj zaś powstać mogącym zposoczeniom tejże wyrobiła się metoda leczenia takich ran przez tamponadę gazą jodoformową z częściowym szwem pierwszorzędnym albo i z zupełnym szwem następowym, a wyniki téj metody są świetne.

Rozpatrując się w moich przypadkach doszczętnéj operacyi przepuklin zauważyłem podobne w nich stosunki: po oddzieleniu worka przepuklinowego od otaczających ją tkanek, i to przeważnie na tępo, pozostaje rana jamista większych lub mniejszych rozmiarów. Gdy w pierwszych przypadkach miałem do czynienia z przepuklinami mniejszych rozmiarów nic więc dziwnego, że zaszycie zupełne takiéj rany bez włożenia nawet sączka nie sprawiło skutków szkodliwych. O ileż inaczéj przedstawia się przebieg w przypadkach, gdzie operowałem przepukliny znacznych rozmiarów; zazwyczaj następował bardzo znaczny obrzęk moszen, a częstokroć i prącia i to skutkiem krwawego podbiegnięcia, które albo bardzo powoli ustępowało, albo prowadziło do zropienia lub zposoczenia w ranie jamistéj. Dlatego też postanowiłem odtąd używać grubych sączków, a gdy i te nie zawsze okazują się w takich razach przydatnemi, tamponować całą jamę paskami z gazy jodoformowéj. Osobliwie dotyczy to przepukliny pachwinowéj, któréj worek będąc mocno zrośniętym z częściami miękkiemi musi być siłą od tychże oddzielonym, podczas gdy worek przepukliny udowéj po największéj części sam się z łatwością od nich odłuszcza.

Już po spisaniu tych uwag miałem sposobność operowania trzech przepuklin udowych, z tych jednę uwięzgniętą u kobiety, dwie zaś nie uwięzgnięte, lecz też i nie wolne u mężczyzn. To też tylko z pierwszą z nich mogłem postąpić według powyżéj opisanych zasad, obydwie zaś ostatnie nie nadawały się do takiego postępowania z powodu zrostów worka już to z siecią na wielkiéj przestrzeni, już to z jelitami, które nie mogły być oddzielone.

Niniejszem podaję w krótkości ich przebieg.

18. Józef S., wieśniak lat 53 liczący i okazujący porażenia w zakresie nerwów *recurrentis dextri, hypoglossi, abducentis oculi dextri et facialis dextri* pochodzenia mózgowego, a najprawdopodobniéj na tle kiłowem, prosi o usunięcie mu przepukliny udowéj prawéj wielkości sporéj pięści męskiéj, któréj nie może ani zupełnie do brzucha odprowadzić, ani też paskiem przytrzymywać. Na szczycie téj przepukliny widoczną jest dosyć głęboka blizna, którą pacyjent odnosi do przetoki kałowéj w tem miejscu przed kilkoma laty powstałéj, nie umiejąc jednak bliżéj określić z jakiego powodu, najprawdopodobniéj skutkiem zaniedbanego uwięzgnięcia. Podczas operacyi wykonanéj w dniu 22-go maja b. r. odpreparowałem z trudnością worek od skóry, a następnie zacząłem oddzielać jelita w jednem miejscu z workiem zrośnięte od tegoż, gdy to jednakże tylko w jednéj części bez narażenia nadwerężenia jelita uskutecznić się dało, odstąpiłem od zamierzonéj operacyi doszczętnéj według M. Ewena, a wsunąwszy jelita już teraz po części ruchome do jamy brzusznéj, tak, że tylko pętla przyrośnięta pozostała w pobliżu bramy przepuklinowéj, zaszyłem szyję worka w poprzek szwem piętrowym (*Julliard-Capitonnage)*, a zmniejszywszy sam worek nieco przez obcięcie brzegów pozostawiłem go jako tampon po téj stronie. Z przebiegu zanotować mi wypada, że rana zewnętrzna zagoiła się *per primam*, że jednak późniéj wytworzył się ropień, po którego otwarciu rana i w głębi się zagoiła, a dotyczący pacyjent mógł 13-go czerwca, a więc w trzy tygodnie po operacyi wyjść jako wyleczony do domu. Blizna w miejscu operacyi silna nie przepuszcza jelit przez otwór udowy.

19. Paweł K., l. 46, właściciel folwarku zgłosił się do szpitala dnia 2-go maja b. r. z przepukliną udową prawą wielkości sporéj pięści, która powstała przed kilku laty, dawała się z początku w całości, późniéj nie zupełnie odprowadzać, a od kilku dni już wcale nie, pomimo, że przypadów niedrożności jelit nie było żadnych. Dnia 4 go maja przystąpiłem do operacyi doszczętnej w przypuszczeniu, że mam przed sobą przepuklinę z uwięzgniętą siecią. Gdy jednak po otwarciu worka się pokazało, że była w nim wprawdzie sieć, lecz że ona w kilku miejscach silnie była przyrośniętą, tak, iż trzeba było nożem ją uwalniać po poprzedniem podwiązaniu, przeto odstąpiłem od pierwotnego zamiaru wytworzenia tamponu wewnątrz jamy brzusznéj z tegoż worka, a odciąwszy sieć i podwiązawszy worek w saméj bramie usunąłem go zupełnie. Zagojenie *per primam.*

20. Judyta K., lat 50, przybyła na oddział dnia 10-go czerwca b. r. z uwięzgniętą przepukliną udową, która przez kilka lat nie przytrzymywana paskiem dawała się swobodnie odprowadzać. Otworzywszy guz wielkości sporéj pięści męzkiéj znaleziono worek przepuklinowy klepsydrowaty, a w nim uwięzione, lecz jeszcze dosyć dobrze utrzymane jelita, po odprowadzeniu których postąpiłem z workiem według ostatnich zasad, t. j. obciąłem go nieco, a oddzieliwszy jego szyję od sąsiednich części przeszyłem w poprzek, a następnie złożywszy we dwoje kilkoma szwami fałd tak otrzymany przytwierdziłem; końce nitki od przeszycia pozostałe przeprowadziłem przez wiąz Pouparta i przez powięź biodrołonową, a związawszy je ze sobą zamknąłem bramę udową przed zaprowadzonym za nią tamponem żywym. Ranę zewnętrzną zaszyto bez drenu, gdyż worek dał się z łatwością oddzielić. Zagojenie *per primam* tak, że po tygodniu opuściła zakład jako wyleczona.

Co do uwagi Dra Krajewskiego, że już M. Ewen operował przepukliny udowe według swéj pierwotnie dla przepuklin pachwinowych podanéj metody, nadmienić muszę, iż opierając się jedynie na referatach z prac M. Ewena nie mogłem wiedzieć, że tenże metody swéj użył i do przepuklin udowych, skoro referaty te o tym fakcie nic nie wspomniały; w każdym razie jest to tylko zaletą metody, jeżeli ktoś niewiedząc o pewnym szczególe do tego samego rezultatu dojść może. Moja nowa odmiana postępowania przy wytwarzaniu żywego tamponu z worka przepuklinowego nadaje się w zupełności do przepuklin udowych. Tamponowanie rany zewnętrznéj gazą jodoformową będzie tutaj rzadko wskazanem, gdyż nie zachodzą tu tak ścisłe stosunki między workiem a otaczającemi go częściami, jak w przepuklinie pachwinowéj. Że owo tamponowanie skutecznie zapobiega owym olbrzymim obrzękom, a raczéj krwawym podbiegnięciom moszen, przekonałem się na 21-szym przypadku, który operowałem na kilka dni przed oddaniem niniejszej pracy do druku. U przeszło 70 lat liczącego wyrobnika musiałem przystąpić do krwawego odprowadzenia przepukliny mosznowéj, dochodzącéj do wielkości prawie głowy mężczyzny. Po rozcięciu worka przepuklinowego uwolniłem pętlę jelitową około metra długości mieć mogącą przez nacięcie wrót na zewnątrz od worka i chociaż z trudnością odprowadziłem ją do jamy brzusznéj, przyczem nie obeszło się bez pęknięcia otrzewny jelitowéj w jednem miejscu, co wymagało nałożenia kilku szwów. Worek sam zmniejszyłem o połowę, a potem postąpiłem z nim według zasad dopiero co wyłuszczonych, ranę zaś skórną zeszyłem tylko w górze i w dole, a środkiem przeprowadziłem paski z gazy jodoformowéj, którą całą tę dużą jamę wytamponowałem. To też przebieg był tutaj zupełnie innym. Jakkolwiek bowiem ciepłota ciała podniosła się była dnia następnego do 39° C., to odnieść to należało do ograniczonego zapalenia otrzewny, które rozwinęło się było do około jelita uciśniętego, gojenie zaś rany postępowało bardzo pięknie, a przedewszystkiem nie postrzegaliśmy tym razem owego ogromnego obrzęku moszen i ich krwawego podbiegnięcia. Obecnie jest już rana na wygojeniu. Podobnie zachowywał się młody izraelita, któremu (przypadek 22-gi) zaraz na drugi dzień operowałem w ten sposób przepuklinę pachwinową wolną wielkości dwóch pięści.

Nie mogę pominąć tutaj sposobności, aby nie wspomnieć o jednym z operowanych, który przedstawił mi się w dziesięć miesięcy po operacyi. Jest to młody człowiek wymieniony pod l. 2-gą w pierwszéj mojéj pracy, a u którego mogłem po 3 miesiącach wykazać wybitne zgrubienie w głębi po nad kanałem pachwinowym. Tym razem zgrubienia tego wymacać mogłem zaledwie ślad, lecz kanał pachwinowy zupełnie niedrożny, a blizna na mosznach zaledwie spostrzegalna.

Reasumując moje uwagi przy powyższych przypadkach zdobyte mogę powiedzieć:

1) że moja modyfikacyja poprzecznego zamknięcia worka przepuklinowego jest najprostszą i najpewniejszą ze wszystkich co do zapobiegania wsunięciu się jelit między jego blaszki;

2) że do osiągnięcia tego celu najlepiéj jest użyć poprzecznego zfałdowania worka w saméj szyi, gdyż podwiązanie sprowadzić może obumarcie worka;

3) że za wielkie worki przepuklinowe należy znacznie skracać przez obcięcie; pozostały bowiem materyjał wystarczy zupełnie na wytworzenie dostatecznéj poduszeczki, a usuwa się przezto jednę z przyczyn pośrednio do zgorzeli prowadzących;

4) tylko rany po małych przepuklinach można leczyć przez zupełne zaszycie; większe należy albo grubemi sączkami dokładnie drenować, albo, co jeszcze lepiéj, tamponować gazą jodoformową.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Pawłow i Szumowa-Simanowska. **Nerw wydzielniczy gruczołów żołądkowych u psa.**

Autorowie robili u psów przetokę żołądkową i przecięcie przełyku w części piersiowéj wszywając górny i dolny jego koniec do rany. Po upływie 2—3 tygodni przeprowadzali na tych zwierzętach doświadczenia i przyszli do następujących wyników: 1) Przyjmowanie pokarmu (który oczywiście wychodził cały na zewnątrz przez górny koniec przełyku), wywoływało zawsze wypływanie czystego soku żołądkowego przez przetokę (*maximum* 4 sz cm. na minutę). 2) Po przecięciu nerwów trzewowych zjawisko pozostawało niezmienionem. 3) Po przecięciu nerwów błędnych odruch ten znikał zupełnie. Również wprowadzanie mięsa do żołądka nie wywoływało wydzielenia soku żołądkowego. 4) Po zadrażnieniu końca obwodowego przeciętego nerwu błędnego wydzielał się zawsze czysty sok żołądkowy (*Wracz*, 1889, Nr. 25). *A. W.*

† Dr. Wasiljew, rozstrzyga w rozprawie sprawę przyswajania przez zdrowy ustrój azotu i tłuszczu mleka surowego i gotowanego, popierając doświadczeniami swe zapatrywania. Azot a jeszcze bardziéj tłuszcz przyswaja ustrój w mniejszych ilościach z mleka gotowanego niż z surowego. W ten sposób mleko surowe okazuje się pożywniejszem niż gotowane, ujemna jednak jego strona polega na tem, że łatwo może przenosić zarazę. (*Wracz*, 1889, Nr. 14.)

Patologija.

† Dr. A. Nordmann, podaje ciekawy przypadek śmierc po kąpieli. Zupełnie zdrowy żołnierz, liczący 20 lat, znany jako dobry pływak, wszedł do wody (17° R.) i po 2—3 minutowem pływaniu wyszedł na brzeg, twierdząc, że mu zimno; pobladł i padł bez życia. Wszystkie starania obecnego przy tem lekarza, aby go uratować, były bez skutku. Sekcyja wykazała tylko nie zupełnie jasne oznaki uduszenia się i znaczne powiększenie grasicy. Autor zapytuje, czy nie odgrywa roli w podobnych przypadkach śmierci przerost grasicy? Tembardziéj, że widział zupełnie podobne 3 przypadki śmierci u profesora Reklinghausena i wszędzie występował przerost tego gruczołu. (*Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte* z kwietnia).

† Prof. Preyer oddawna już zauważył, że im częściéj wypróżnia człowiek swój pęcherz moczowy, tem częściéj występuje parcie na mocz. Obecnie potwierdzenie tego zdania znalazł on w pracy japońskiego lekarza Dra Mori, który czynił na sobie odpowiednie doświadczenia. Spostrzeżenie to zdaniem Preyera można wytłómaczyć w ten sposób, że mocz ściekając do napełnionego pęcherza musi przezwyciężyć dosyć znaczny opór cieczy, tam się znajdującej, czego nie ma, gdy pęcherz jest próżny. A więc częste oddawanie moczu mogłoby być środkiem moczopędnym. Kwestyja ta ma znaczenie po 1-sze dla wyjaśnienia zmian, zachodzących w narządzie moczowym przy długiem zatrzymaniu moczu, a po 2-gie dla zastosowania częstego oddawania moczu w niektórych chorobach nerek i pęcherza. (*Internationales Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexual-Organe*, t. I. Nr. 15).

† Dr. Penrose opisuje 2 przypadki wydzielania mleka po wycięciu jajników. Jedną operacyję wykonano z powodu ciąży zamacicznéj, która trwała już koło 10 tygodni. Wycięto worek płodowy i oba jajniki chorobowo zmienione. W 11 tygodni po operacyi zwiększyły się sutki i stały się bolesnemi, a wkrótce zaczęło obficie wydzielać się mleko i trwało to przez 8 miesięcy. Wyzdrowienie było zupełnem. U drugiéj choréj wycięto części dodatkowe macicy z powodu torbiela lewego jajnika i obustronnego zapalenia jajowodów. W 3 dni po operacyi powstało obfite wydzielenie mleka, które trwało przez 2 miesiące. P. nie znalazł w literaturze ani jednego podobnego przypadku. (*The Medical und Surgical Reporter* 16 marca).

† Prof. Ackermann zastanawia się nad znaczeniem naczyń krwionośnych w zrostach, znajdujących się w jamach opłucnowych dla krążenia płucnego. Zrosty te występują zwykle w znacznéj ilości w gruźlicy i są bardzo bogate w naczynia krwionośne. Naczynia te łatwo można nastrzykać przez tętnicę płucną, przyczem masa w znacznéj ilości wychodzi przez żyły klatki piersiowéj, co wskazuje na połączenie tętnicy płucnéj z wielkiem krążeniem. Znaczenie tych połączeń naczyniowych polega na tem, że w miarę zniszczenia tkanki płucnéj, które wywołuje gruźlica, i w miarę obliteracyi coraz większéj ilości naczyń płucnych wytwarza się nowe krążenie oboczne. Wskutek tego nie podnosi się parcie w obiegu małym i nie występuje przerost prawego serca. Za pomocą tych faktów stara się autor wytłumaczyć brak sinicy w przebiegu gruźlicy, a nie wyniszczeniem ogólnem i niedokrewnością, jak to dotychczas przypuszczano. W rozedmie płuc występuje sinica dla tego, że tam zwykle nie wytwarzają się zrosty. (*Fortschritte der Medicin*, t. VII 1 kwietnia.)

Farmakologija.

† Bamberger i Müller wykryli nowe połączenie rozszerzające źrenicę. Już nieznaczna ilość 1—5% rozczynu tego połączenia rozszerza źrenicę w tem oku, do którego je wprowadzono, a wkrótce i w drugiem oku. Źrenica rozszerza się znaczniéj niż po atropinie. Połączenie nazywa się tetrahydro 3-naftilamin (C_{10} H_7 N_4 NH_2). (*Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft.*)

† Dr. Goubért na podstawie 10 letniego doświadczenia twierdzi, że najlepszym środkiem w padaczce jest bromek złota. Zalety jego są: 1. Szybkie działanie (usuwanie napadów). 2. Stałe skutki (napady nie powtarzają się czasem w przeciągu wielu lat). 3. Ilość bromu do ustroju wprowadzonego jest nieznaczną (dla dziecka wystarcza 0·003—0·006 Au. $Br.^3$, dla dorosłego 0·003—0·012). 4. Nie występują ani bromica, ani zaburzenia w przewodzie pokarmowym, ani też osłabienie czynności psychicznych lub płciowych. (*Philadelphia Med. Times*).

Choroby wewnętrzne.

† Dr. Miura z Tokio twierdzi, że choroba kakke (beriberi) powstaje z zatrucia jadem rybim (rodziny *Scomberidae*). Twierdzenie swoje opiera na następujących podstawach: 1. Choroba pojawia się tylko w pewnéj porze roku i to wtedy, kiedy znajduje się w handlu wspomniany rodzaj ryb. 2. Majtkowie i więźnie, nie używający tych ryb, nie chorują na kakke. 3. Żołnierze, studenci i uczniowie dużych pensyjonatów, którzy często jadają te ryby, stanowią znaczny procent chorujących. 4. Autor zna rodziny, gdzie bardzo lubią te ryby i gdzie panuje kakke endemicznie i wreszcie 5. w niektórych miastach Japonii, jak n. p. Okajama, zdarza się kakke tylko wyjątkowo i tamże nie ma prawie zupełnie w handlu ryb tego gatunku (*pelamus orientalis*, *scomber saba* etc.), a gdzie ryby te są bardzo tanie i rozpowszechnione, tam panuje i choroba. (*Virchows Archiv* t. CXV).

Chirurgija.

Doc. Rusticki: **Prosty sposob uniknięcia obumarcia powłok nad końcem piszczeli po odjęciu goleni.**

W ostatnich latach opisano kilka sposobów amputowania goleni, mających na celu uniknięcie obumarcia powłok, pokrywających ostry brzeg piszczeli. Autor od 3 lat używa poniżéj opisanego sposobu i nigdy nie spostrzegał całkowitego obumarcia powłok, nawet u chorych, u których już przedtem krew była zakażoną. Sposób ten następujący: Robi się okrężne przecięcie skóry i powierzchownéj powięzi, tak, żeby utworzony walec skórny był trochę dłuższy, niż tego potrzeba dla pokrycia rany amputacyjnéj. Następnie robi się cięcie pionowe, równe co do długości z walcem skórnym i znajdujące się na goleni z tyłu. Daléj odpreparowuje się skóra z powięzią, poczynając od kąta przecięć aż do górnego końca cięcia pionowego, przy czem na goleni z przodu i z góry zdejmuje się razem ze skórą okostnę. Wreszcie oddziela się poprzecznie dolną część odnogi. Po operacyi nakłada się na przepiłowaną powierzchnię kości kawałek gazy sublimatowéj lub jodoformowéj, pokrywa się ją walcem skórnym, a na skórę nakłada się warstwę waty zwilżonej sublimatem i wszystko to miernie uciska się przez 15—30 min. Czas ten wystarcza zwykle do zatamowania krwotoku mięśniowego, krwotok ze szpiku kostnego może jeszcze trwać, ale na to się nie zważa i przystępuje się do opatrunku rany. Złożona w kilkoro gaza jodoformowa nakłada się na przepiłowaną powierzchnię kości, któréj brzegi stępia się za pomocą szczypczyków. Na gazę nakładają się płaty cylindra skórnego tak, ażeby brzegi ich zetknęły się w linii prostéj z przodu ku tyłowi. W położeniu tem należy je umocować

za pomocą opaski. Opaskę zmienia się przy pierwszem podniesieniu się ciepłoty, co zdarza się zwykle po 8 lub 10-iu dniach. W tym czasie jest już zwykle powierzchnia jamy w ranie znajdującéj się pokryta ziarniną, a ściany jéj stają się bardziéj zbitemi i nie obwisają ku dołowi. Brzegi walca skórnego zrosły się już dość silnie ze sobą. Teraz wyjmuje się gazę i wstawia się dren, lub też za pomocą opaski doprowadza się ściany jamy do zetknięcia. Autor wykonał tym sposobem 12 operacyj. (*Wracz* 1889, Nr. 17). *A. W.*

Choroby weneryczne.

F. Spaeth: (Hamburg): **Przyczynek do nauki o zapaleniu sromu i pochwy w wieku dziecięcym.**

Już od dawna zwracano uwagę na częstość rzeżączkowego zapalenia sromu i pochwy u młodych dziewcząt, wykazano częste zarażenie się od rodziców i dla tego przypuszczano rzeżączkę jako tło choroby, zwłaszcza gdy w wydzielinie wykazano gonokoki Neissera. Hirschberg, którego uwagę zwróciły powikłania rzeżączki spojówki u dzieci z rzeżączką sromu i pochwy, dość często przydarzające się u starszych, przypuszaza dla obu spraw chorobowych taką samą przyczynę t. j. rzeżączkę. Spaeth badał 21 dziewcząt w wieku 3—11 lat, cierpiących upławy z pochwy. W 14 przypadkach wykazał gonokoki Neissera tak w wydzielinie pochwy, jak i cewki moczowéj, w pozostałych 7-miu nie znalazł ich, natomiast różne postacie drobnoustrojów; 3 razy jako przyczynę wykazał *Oxyuris vermicularis*, 2 razy masturbacyję, u dwóch dziewcząt (7 i 9 lat) podejrzywa zgwałcenie, w żadnym z tych 7-miu przypadków bez gonokoków cewka nie brała udziału w zapaleniu, natomiast w wszystkich 14 przypadkach z gonokokami stwierdził wybitną rzeżączkę cewki i w tem równoczesnem zajęciu pochwy i cewki upatruje S. podobieństwo do trypra u kobiet dorosłych. Śledząc sposób przeniesienia jadu tryprowego, stwierdził 13 razy rzeżączkę u matek, 2 razy równocześnie i u ojców; że u tych ostatnich tak rzadko, tłomaczy się usuwaniem się winnych od zbadania. U 3 pozostałych dzieci było raz przyczyną choroby zgwałcenie (powikłanie z wrzodem stwardniałym). Czy u dziewcząt szyjka maciczna zarówno jak u dorosłych jest siedzibą długotrwałéj rzeżączki, trudno było wykazać z powodu utrudnionego wprowadzenia u małych dziewcząt wziernika, zdaje się jednak, że dziewiczość stanowi ochronę przed rozszerzeniem się jadu tryprowego do części rodnych wewnętrznych, a przypadek Lovena, w którym 5-letnia dziewczynka, cierpiąca na rzeżączkę z gonokokami, dostała obustronnego zapalenia ropnego trąbek i jajników i zmarła wskutek zapal. otrzewny, jest jedynym. Leczenie S. polegało na wystrzykiwaniu 2—3 razy na tydzień letnim rozczynem sublimatu (1:2000) sromu i pochwy, poczem wprowadzano do pochwy i cewki pręciki z jodoformu i taliny. Pręciki przyrządzano według przepisu: *Rp. Jodoformii 0·25, Zinci sulfocarb. 0·015, Ol. Cacao q. s. ad bacillum urethral. respect. vaginalem*, lub *Thalin. 0·105, Ol. Cacao q. s.* Opierając się na swych badaniach, uważa S. wszystkie przypadki *Vulvovaginitis* u dziewcząt, którym towarzyszy rzeżączka cewki, a w wydzielinie znajdowały się gonokoki N., za rzeczywistą rzeżączkę, twierdzi, że bardzo wiele pozornie w następstwie ostrych chorób zaraźliwych (odra, płonica) występujących przypadków rzeżączki zawdzięcza gonokokowi swe powstanie, czyli, że nie jest to choroba *sui generis*, a tłomaczy równocześnie występowanie *Vulvovaginitis* z wysypkami ostremi, zakażeniem przez ciepłomierze, które były w innem miejscu użyte, lub które były trzymane przez osoby, mające ręce zanieczyszczone podejrzanemi wydzielinami. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 22)

Dr. Baschkopf.

Mantel. **Przyczynek do nauki o gruźlicy dziecięcéj.**

O ile częstą jest gruźlica już w najwcześniejszych latach życia, o tyle rzadko spotykamy krwotoki płucne, mianowicie takie, które bezpośrednio do śmierci prowadzą. Pierwiéj sądzono, że gruźlica w wieku dziecięcym występuje rzadko lub nigdy i tem tłomaczono rzadkość krwotoków płucnych; przypuszczenie to upadło, gdy wykazano częste pojawianie się gruźlicy. M. tłomaczy przyczynę krwotoków zmianami w układzie naczyniowym, który u dorosłych bywa osłabionym, u dzieci zaś jest jeszcze nietkniętym. Jeżeli krwawienia mimo to występują, należy przypuścić inną patologiczną zmianę układu naczyniowego, któréj przyczyną jest kiła. Mogą wprawdzie być krwawienia bez kiły, ale w wielkiéj liczbie przypadków przyczyną jest kiła i to matki. Obok zmian naczyń przypuszcza M. jeszcze zmianę krwi mianowicie skłonność jéj do krzepnięcia w układzie żylnym, występującą w chorobach wyniszczających, więc i w kile dziedzicznéj jak i gruźlicy. Krzepnięcie krwi w tętnicach płucnych, bierne przekrwienie płuc, powiększenie parcia w małem kole krążenia, pęknięcie zwyrodniałéj ściany naczyniowéj — oto kolejność spraw chorobowych. Rozróżnienie jest łatwem, a prognoza bezwarunkowo niepomyślną. Jeżeli więc kiła jest rzyczywiście ważnym czynnikiem w powstawaniu krwotoków, to wynika stąd ważna wskazówka dla leczenia, które naturalnie powinno być przeciwkiłowem i to jeżeli można już podczas lub jeszcze przed ciążą matki. (*Progrès médical*). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

Prof. M. Lancereaux: (Paryż): **O pasorzytach w mózgu.**

Nawiązując do spostrzeganego przez siebie przypadku bąblowca usadowionego w mózgu, zastanawia się L. nad pasorzytami układu nerwowego środkowego, a w szczególności mózgu ludzkiego. Przypadek L. jest w krótkości następujący: 22 lat liczący mężczyzna okazuje na klatce p. i w wielu innych miejscach powierzchni ciała drobne, twarde, niebolesne obrzęki, podobne do powiększonych gruczołów karkowych w kile drugorzędnéj. Usadowienie ich w miejscach, w których nie ma gruczołów, ich wielkość, twardość, gładkość powierzchni zniewalały do przypuszczenia pochodzenia pasorzytniczego, mianowicie *Cysticercus* z *Taenia solium*. Chory, który podczas pobytu w Tonkinie żywił się mięsem świńskiem, podaje, że cierpi napady krótkotrwającéj nieprzytomności. Dla stwierdzenia rozpoznania otworzył L. jeden guzek i w treści wydobytéj rozpoznał pod drobnowidem bąblowca. Napady wspomniane, okazujące cechy objawowéj padaczki, kazały ostrożnie rokować, gdyż po nich często następuje nagła i szybka śmierć. Bąblowiec mózgu odznacza się tem, że występuje w znacznej ilości; rozwijając się usuwa tkankę nerwową i przez drażnienie sprawia wytwarzanie się osłonki, a po jakimś czasie pęcherzyki kurczą się i zanikają i przy oględzinach znajdujemy w tkance podskórnéj i mięśniach liczne, drobne, twarde ziarna, odpowiadające zwapniałym pęcherzykom bąblowca. Objawy bąblowca są różne według ilości, wielkości i usadowienia. Z początku okres podrażnienia cechujący się zawrotami głowy, napadami padaczkowatemi, znacznem osłabieniem pamięci, niekiedy afazyją; jeśli usadowiony jest w rdzeniu, można spostrzegać objawy jego uwiądu. Po okresie podrażnienia występuje porażenie połowicze bez lub z przykurczeniami. Rokowanie w wszystkich przypadkach pasorzytów mózgu powinno być ostrożne; wprawdzie wyzdrowienie nie jest niemożebnem, ale daleko częściéj występuje śmierć. Leczenie pasorzytów mózgu jest bezsilne, próbować można czasem i jodu; gdy usadowione są w tkance podskórnéj, wskazane jest wycięcie ich lub wstrzykiwanie jodu. Dla ułatwienia rozpoznania zwraca Aran uwagę na brak wybitniejszych objawów oddziaływania, występujących dopiero krótko przed śmiercią, co nam służy do wykluczenia zapalenia opon mózgowych, krwotoków, rozmiękczenia i kiły mózgu. Wieńcogłówka środkowego układu nerwowego dochodzi do daleko większych wymiarów niż bąblowiec, gdy występuje pojedynczo, a jéj treść płynna przeźroczysta nie krzepnie po zagotowaniu, ani po dodaniu kwasu azotowego; rozwijając się sprawia ucisk i zanik tkanki mózgowéj, która zamienia się ostatecznie w cienką błonkę i rozmięka; to samo tyczy się nerwów, podstawy mózgu, a nawet może przyjść do przedziurawienia i wydostania się treści pęcherza, zwłaszcza po poprzedniem jego zropieniu. Przez ucisk na wodociąg Sylwijusza powstaje puchlina komórek i przestworu podpajęczego, zatkanie ważniejszych naczyń z następową bezkrwistością, rozmiękczeniem i krwotokami. Jak *Cysticercus*, tak i *Echinococcus* może długo w mózgu istnieć, nie wywołując znaczniejszych zboczeń czynnościowych, wkrótce jednak występuje silny ból głowy, drgawki, napady omdlewania, późniéj porażenia i osłabienie inteligencyi. Przypady zawisłe od obecności wieńcogłówki w mózgu mają przebieg powolny;

trwanie ich zależy od usadowienia się jéj, rozległości zmian i stopnia pobudliwości zajętéj tkanki mózgowéj; w końcu występuje śmierć, która z powodu większych rozmiarów wieńcogłówki jest częstszą niż wobec bąblowca. (*Wiener med. Blätt.* 1889, Nr. 229). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Nothnagel: (Wiedeń): **Przyczynek do rozpoznawania guzów wzgórka czworaczego.**

Na posiedzeniu Tow. lekarsk. wied. przedstawił N. 15 letniego chłopca, który spadł z drzewa; wybitnie rozwinięta niezborność i nieruchomo ustawione gałki naprowadziły autora na rozpoznanie guza wzgórka czworaczego.

Podług Bechterewa działa wspomniana część mózgu jako narząd odczuwający światło, podług innych, stoi ona w związku z ruchami gałek ocznych i tęczówki, jak niemniéj z utrzymaniem równowagi ciała. Jako pierwszy objaw należy uważać niezborność, polegającą na niepewnym, chwiejnym chodzie, a dopiero przez dalsze rozrastanie się guza uciskającego sąsiednie części, występują objawy następowe, jak wodogłowie, wymioty i objawy ucisku mózgowego. Niezborność pochodzi od uszkodzenia tylnéj pary ciał czworaczych. Drugim objawem jest porażenie nerwów oka, które jest tem wyraźniejsze, im większym jest guz i tem samem, im więcéj rozszerzył się na okolicę. Utrata wzroku jest dopiero następstwem podwyższonego ucisku śródczaszkowego. Prócz niezborności i porażenia nerwów, objawów tworzących podstawę dla rozpoznania, występują w dalszym przebiegu choroby jeszcze inne objawy, jak wodogłowie, napady rzucawkowe i padaczkowe i t. d. Jeżeli guz dosięga także *pedunculi cerebri*, wystąpić także może połowiczy niedowład, lub połowicze porażenie, które to jednak objawy do rozpoznania choroby przyczyniać się nie mogą. (*Int. klin. Rund.* 1889, Nr. 4). *Dr. Baschkopf.*

Leloir: **O chorobach skórnych pochodzenia nerwowego.**

L. dzieli choroby skórne, powstające po wzruszeniach umysłowych, na dwie gromady: 1) na wywoływane przez długo trwające wpływy moralne, na 2) powstające po gwałtownych, krótko trwających wzruszeniach (*choc moral*). Podczas gdy trudno jest udowodnić związek pomiędzy wzruszeniem umysłowem a cierpieniem skórnem w pierwszéj grupie, to jest on niewątpliwym w gromadzie drugiéj. Istnienie zboczeń naczynioruchowych (niedokrewność, przekrwienie), zboczenia w wydzielaniu skóry u osób zdrowych, podobieństwo do ciężkich zboczeń czynnościowych innych narządów w następstwie *Choc moral* (biegunka z przestrachu, *paralysis agitans*, napady padaczkowe) wskazują na możność istnienia podobnego wpływu na powstawanie chorób skórnych. Do powstawania choroby skórnéj po wzruszeniu umysłowem potrzebne jednak jest szczególne usposobienie skóry, jako też układu nerwowego. Leloir przytacza następujące ciekawe spostrzeżenia: *Erythema* u kobiety 65-cioletniéj po gwałtownym gniewie; po 8-iu dniach niedomagania zaczerwienienie już to w plamach, już też zlewające się na odnogach i tułowiu. *Anaemia*: u damy okazującéj *Lupus erythematosus* występowała regularnie niedokrewność na palcach przed nacinaniem liszaja. Pokrzywka po stracie pieniędzy i wybuchach gniewu. *Purpura*: u kobiety, liczącéj lat 46, występowała po gwałtownym gniewie, przedwczesna regularność i silne swędzenie nóg, poczem rozwijała się purpura, sięgająca aż do pępka. *Eczema*: kobieta została przez wóz przewróconą, ale nie zranioną, przestraszyła się jednak tak mocno, że musiała leżeć w łóżku; następnego dnia wystąpił wyprysk na rękach. Inna dama zachorowała po śmierci męża na wyprysk twarzy i rąk, trwający kilka tygodni. Z kliniki Fourniera: ogólny wyprysk po silnym przestrachu (kobieta pochwyciła szczęśliwie swoje dziecko z okna spadające, przelęknienie, zemdlenie, nazajutrz wyprysk). Po przytoczeniu długiego jeszcze szeregu ciekawych przypadków przychodzi L. do następujących wniosków: Cała ta gromada chorób okazuje szybkie występowanie albo poprzedzanie objawów nerwowych. Wybuch następuje nagle, choroba skórna połączona jest z swędzeniem albo innemi zboczeniami nerwowemi, trwa względnie krótki czas. Kobiety łatwiéj zapadają. Do powstania tychże chorób potrzeba z jednéj strony nerwowości, a z drugiéj strony szczególnego usposobienia skóry. Leczenie powinno uwzględnić głównie chorobę nerwową, gdyż te postacie chorobowe „nie są właściwie chorobami skóry, lecz nerwicami ogólnych powłok, którym towarzyszy zmiana na skórze.“ (*Ann. de Derm. et de Syph.*) *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

G. Honigmann (Giessen): **Przyczynek do znajomości otrucia strychniną.**

Do kliniki prof. Riegla przyjęto posługacza pocztowego, który zachorował nagle podczas jazdy koleją, okazywał już po lekkiem dotknięciu uda gwałtowne kurcze, rozpoczynające się od podudzi i w okamgnieniu zajmujące całe ciało, przedstawiając obraz skurczu tężcowego. W końcu wystąpił i *Opisthotonus*, podczas gdy szczękościsku nie było; po minucie kurcze ustąpiły, lecz po krótkiéj przerwie powtarzały się. W czasie napadu oddech stawał się przyspieszonym i powierzchownym, twarz siną, tętno prawie niewyczuwalnem, przytomność była utrzymaną; odruchy skórne wszędzie wzmożone, odruch rzepkowy zaś ledwie widoczny. Wywiady pouczyły, że chory otrzymał na śniadanie od żony chleb z masłem, przy spożywaniu którego uderzył go gorzki jego smak. Rozchodziło się tu więc o tężec i to albo rzeczywisty albo z zatrucia strychniną, gdyż kurcze macinnicze i macinniczo-padaczkowe można było wykluczyć u silnego i zdrowego mężczyzny; wprawdzie o *Tetanus rheumaticus* lub *traumaticus* możnaby było myśleć mimo braku szczękościsku i kurczów połykowych, gdyby nie wywiady, wskazujące związek objawów ze spożyciem podejrzanego gorzkiego chleba. Żołądek wypróżniono za pomocą cewy i przepłukano, poczem chory otrzymał 2 gr. wodnika chloralu. Chory badany po obudzeniu się ze snu chloralowego przedstawia odruchy rzepkowe znacznie podwyższone, w narządach wewnętrznych nic szczególnego, podmiotowo uskarża się na zajęcie głowy, sztywność w odnogach i bóle brzucha. Z dalszego przebiegu choroby wyjmujemy tylko tyle, że wystąpiły objawy zapalenia nerek. Chory poczęstował resztkami chleba, które przed lekarzem ukrywał, odwiedzającego go przyjaciela, który je dał psu swemu do zjedzenia. Pies po 2-ch godzinach zdechł wśród wybitnych kurczów wyprostnych, a w reszcie chlebie wykrył chemik strychninę. Zwymiotowana i wydobyta zawartość żołądka po odpowiedniem przygotowaniu wstrzyknięta żabom sprowadzała śmierć takowych wśród wybitnych objawów tężca. H. podnosi, że ilość strychniny, która nie sprowadziła nadzwyczaj silnych objawów kurczowych, zadziałała silnie na drobne naczynia nerek, wywołując białkomocz i oliguryję, jak nie mniéj powiększenie napięcia tętna i jego zwolnienie, strychnina bowiem sprowadza skurcz najdrobniejszych naczyń nerkowych, stąd bezmocz i po nim występujący białkomocz, który Cohnheim nazywa dla tego *Albuminuria ischaemica*. Tak samo zaparcie stolca z bólami brzucha tłomaczy H. zwężeniem naczyń jelitowych, analogicznie do teoryi Riegla, tłómaczącéj w podobny sposób kolkę ołowiową. (*Münch. m. Woch.*, 1889, Nr. 22). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IX. dnia 1 maja 1889.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 29.

1) Imieniem Komitetu Towarzystwa lekarskiego Przewodniczący z okazyi nieprzyjęcia posady protomedyka przez prof. Korczyńskiego, po przedstawieniu zasług dotychczasowych dla Towarzystwa położonych, jako jednego z najpracowitszych członków, byłego wzorowego Przewodniczącego, dzielnego współpracownika we wszystkich niemal komisyjach, a po części ich twórcy, oświadcza, iż powodów jest dosyć dla tych, co rozwoju Towarzystwa szczerze pragną, aby wyrazić najżywsze uznanie prof. Korczyńskiemu za zasługi już położone, a po chwilowéj niepewności radość, że Towarzystwo i nadal szczycić się będzie mogło swym najpracowitszym członkiem i nie będzie pozbawione jego życzliwéj pomocy i współdziałania na przyszłość. Przewodniczący wnosi więc imieniem Komitetu, aby Towarzystwo uznanie to uchwałą potwierdziło, co wszyscy obecni przez aklama-

cyję przyjęli. Dodatkowo wnosi kol. Obaliński, aby Przewodniczący wraz z sekretarzem udali się do prof. Korczyńskiego i uznanie to w imieniu Towarzystwa mu wyrazili. Wniosek przyjęto.

2. Kol. Krokiewicz mówi o rozwoju zarazka promienicy. (Rzecz ta ogłoszoną będzie w *Przeglądzie Lekarskim*).

W dyskusyi zabierał głos kol. Łazarski.

3. W końcu okazał kol. Browicz płód zroniony w 5-tym miesiącu ciąży, u którego skutkiem wytworzenia się zrostów pomiędzy owodną a powierzchnią ciała (t. z. zrostów Simonarda), przyszło do znacznych zniekształtnień, a mianowicie do braku sklepienia czaszki, utworzenia się wargi zajęczéj i wilczéj paszczy, znaczniejszego wysunięcia ku przodowi kostki międzyszczękowéj, częściowéj ewentracyi trzew, oraz do nieprawidłowego ułożenia kończyny górnéj prawéj, która przez zrost w formie pętli przytrzymaną została za przedramię w okolicy pomiędzyłopatkowéj. Płód ten przyszedł na świat *duplicato corpore*.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

V. Przyczynki do Epidemiologii Wschodu.

Zebrał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Uznając za konieczne utrzymanie kwarantan, życzyć tylko wypada, ażeby przeprowadzenie ich było ściśle i oparte na naukowych podstawach. Inaczéj, narażą one tylko na niedogodności, żadnych nie dając korzyści. Wypada je pogodzić o tyle, o ile to jest możebnem, z interesem ekonomicznym, bardzo ważną odgrywającym rolę tak w bycie jednostek jak i całych ludów. Zdania zaś pewnych dyplomatów, że na jedno wypada, umrzeć z cholery lub z głodu, nigdy nie podzielą sumienni lekarze. Ażeby zaś zastósowanie kwarantan odpowiadało ważnemu ich celowi, wypada najprzód posiadać odpowiednie lazarety. Bo w razie przeciwnym stworzymy tylko groźne ogniska zakaźne, tuż obok gęsto zwykle zamieszkałych okolic. W tym kierunku zrobiono już pewne ulepszenia. Większe miasta wybrzeży egipskich posiadają dobre lazarety. To samo mogę powiedzieć o stacyjach sanitarnych w Beyrucie i Smyrnie. Wreszcie przed paru laty otwarto obszerne lazarety na wyspie Kameran, ku któréj obowiązane są zwracać się wszystkie okręty, przybywające z dalszego wschodu. Należy tylko wymagać, ażeby podobne posterunki sanitarne posiadały odpowiednie siły fachowe, wolne zupełnie od wpływów obcych hygienie, od wszelkiego amalgamu dyplomatów, czy też tylko ajentów politycznych. Bo w tak ważnéj misyi, jak czuwanie nad profylaksą całych krajów, często ludzie nawet wysoko wykształceni znajdują jeszcze trudności w jéj przeniknięciu i rozwiązaniu. Jakie ztąd wypływają niedogodności, na to będą odpowiedzią same fakty, powszechnie znane, lecz na nieszczęście rzadko uwzględniane. Protekcyja bowiem i „nepotyzm“ odgrywają bardzo ważną rolę w wyborze urzędników sanitarnych w Turcyi. Niektóre z głównych nawet stacyj są powierzone ludziom wątpliwéj wartości; a do niedawna widzieliśmy tam ludzi zupełnie obcych nauce, choć co prawda, bardzo dbałych o osobistą hygijenę. Lekarze znowu obciążeni wiekiem, często nie są w stanie odbyć ścisłéj wizyty na okrętach przybywających do przystani w czasie zimna lub burzy. Ztąd opóźnienia, straty dla przedsiębiorców, rozpacz kapitanów, a i groźba dla ludzkości, wobec któréj każdą inną kwestyję można opracowywać ze wschodnią powolnością, w tym tylko razie znajdującą odpowiednie zastósowanie. Gorzéj jeszcze obsadzono posterunki sanitarne lądowe, gdzie najczęściéj jakiś pisarz z tureckiéj biurokracyi lub wysłużony podoficer decyduje o charakterze ogólnego zdrowia, w powierzonym swéj pieczy okręgu! Jeżeli jednak obawa zarazy indyjskiéj zmusza zarządy zdrowia do wprowadzenia pewnych ulepszeń w przedsiębranych środkach ostrożności — to znowu przeciwko dżumie, owéj drugiéj pladze ze wschodu, przedostającéj się do nas z Persyi, czyni się tyle co nic. A jednak Persyja jest dla Europy stale wiszącym mieczem Damoklesa, jakiekolwiek jest w téj sprawie zdanie delegatów, siedzących w Teheranie. Liczne tam wybuchy cholery, charakter nagminny dżumy zmusza do zastosowania wszystkich znajdujących się w naszych rękach środków, aby ją utrzymać w dali, a w danym razie nie szczędzić nawet ognia i żelaza. Tutaj to właśnie solidarność rządów i hygijenistów staje się konieczną. Bo wiemy już, czem jest Persyja ze swą hygijeną, kałużami nieczystości, saturnalijami, przypominającemi męczeństwo czczonych proroków i ową wstrętną obojętnością ku wszystkiemu, co dąży do polepszenia fatalnego stanu tamecznych stosunków zdrowotnych. Dodajmy do tego szerzący się prawie corocznie głód, trwałość chorób zakaźnych i przewożenie trupów ku Bagdadowi i Kerbeli, a zrozumiemy, jak jest naglącem zastosowanie wszelkich środków ostrożności przeciw wszystkiemu, co pochodzi z Persyi. I jeżeli, w co trudno mi uwierzyć, budżet perski nie pozwala rządowi na złagodzenie nędzy mieszkańców, polepszenie stanu hygijenicznego miast i ustalenie rozsądnych środków ochronnych, to obowiązek ten spada najprzód na Turcyję i Rosyję, a następnie i na całą Europę, która nie powinna szczędzić środków na poparcie i utrzymanie usiłowań władz sanitarnych w prowincyjach, pozostających w bezpośrednich stosunkach z Persyją. Na nieszczęście jednak tameczne stosunki zdrowotne zwykle błędnie przedstawiają sami delegaci europejscy. Cholerę zwykło się tam nazywać błonicowem zapaleniem jelit; mordercza dżuma to „typhus“, właściwy prowincyjom perskim—straszne stany epidemiczne, o których wieść sama powinna już zachęcić do obostrzenia środków ochronnych. Dzieje się jednak przeciwnie, głównie zaś od strony Turcyi, posiadającéj zbyt wielkie zaufanie w to wszystko, co skreśli jéj delegat lub Dr. Tolozan, z oratorskim prawdziwie talentem broniący złych sytuacyj kraju, którego stawszy się obywatelem, zdaje się zapominać, że już nieraz Persyja stała się przyczyną przerzucania się do Turcyi morderczych stanów zakaźnych. Gdzie więc osobisty interes przenoszą powszechnie nad dobro całych mas ludności, tam oczywiście mało da się utrzymać z usiłowań pojedynczych władz sanitarnych, których organa wykonawcze zbyt oddalone, powiem nawet, że zbyt zapomniane przez administratorów, nie znajdujące natychmiastowego poparcia, można tylko uważać za stracone placówki, z których ani ogół, ani rząd, któremu służą, nie mają żadnéj korzyści. Z tego to właśnie powodu jedynie tylko rada zdrowia międzynarodowa, rozporządzająca środkami zbiorowemi, może oddać istotne usługi. Zmusić rząd szacha do utworzenia komisyi sanitarnéj w Persyi; ustalić posterunki kwarantanowe w prowincyjach bardziéj podejrzanych jak Kurdystan i Lurystan; ograniczyć i dążyć do stopniowego zaniechania wywozu trupów; rozciągnąć sieć straży sanitarnych tak w pasie pogranicznym, jak również i okolicach uważanych za najczęstsze siedlisko chorób zakaźnych; sięgnąć nawet nieco daléj i zabezpieczyć granicę południowo-zachodnią od Mohameru wzdłuż wybrzeży zatoki perskiéj; ustalić urzędników sanitarnych w Buszyrze, Bender-abas, aż do Lindsas i granicy Beludżystanu, słowem stworzyć stan dotąd w Persyi nie znany, lecz niezbędny do utrzymania stosunków zdrowotnych na stopie bliżkiéj przynajmniéj najświeższych wynalazków i wymagań epidemijologicznych. Bo jeżeli nie pożałowano znacznych sum na przeobrażenie jednej z wysp morza Czerwonego na olbrzymi zakład desinfekcyjny, dziś już znacznym dochodem wynagradzający poniesiony wydatek — to należy się spodziewać, że i złe warunki hygijeniczne,ześrodkowujące się niejako przy granicy turecko-perskiéj i persko-rosyjskiéj, zwrócą na się uwagę poważnych delegatów przyszłego międzynarodowego zjazdu i raz przecież zdołają usposobić rządy do bardziéj przyjaznego traktowania cierpiącéj ludzkości.

Sądząc zaś z otrzymanych wiadomości, stan zdrowotny w Turcyi, Egipcie i Persyi, jak na teraz jest zadowalający. Pielgrzymka muzułmanów do Mekki odbyła się w warunkach bardzo pomyślnych, pozwoliwszy komisyi sanitarnéj działającéj w Kameranie zwinąć żółtą chorągiewkę i powrócić w zwykłym czasie do Konstantynopola. I tylko wiadomość nadesłana przez konsulat turecki w Wenecyi o spostrzeżeniu tam kilku przypadków cholery, czy tylko choleryny, stała się powodem, że dotąd się stosuje 5-cio-dniowe ostrożności kwarantanowe względem okrętów i podróżnych ztam-

tąd przybywających. Przy tak pomyślnym stanie zdrowotnym nie należy jednak zapominać, że zwykła pora wybuchu chorób zakaźnych na wschodzie jest bardzo bliską i że chwila obecna jest najodpowiedniejszą do wypróbowania siły środków ochronnych, bez względu na to, czy ich doniosłość będzie nazwana drakońską, lub zdradzającą tylko trwożliwe usposobienie. Mniejsza o termin. Działać energicznie wypada koniecznie. Bo siła klęsk, jakie nam grożą tak od strony lądowéj jak i morza, zawsze jest jednostajną. Turcyja zaś zrobiwszy już śmiały krok na drodze ulepszeń higijenicznych, powinna trwać daléj w ich praktycznem zastosowaniu, wcale się nie nie obawiając o posądzenie o zbyteczną energię lub śmieszną przezorność, bo ta to profilaktyczna gotowość ma na celu tylko dobro ludzkości w najobszerniejszem epidemijologicznem znaczeniu tego słowa. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

† Prof. Curschmann odczytał na zjeździe higijenistów we Frankfurcie nad Menem swoją pracę o wpływie, jaki wywarły teraźniejsze poglądy na istotę i sposób rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych na budowę szpitali. Główniejsze wyniki jego pracy są: Należy budować szpitale większe i średnie po za miastem na placach, które nie mają być gęsto zabudowane. Miejsce dla szpitali obrane powinno być suchem i jak można mniéj narażonem na wiatry, które przynoszą z miasta zepsute powietrze. Miejsce wyznaczone na jedno łóżko powinno zajmować najmniéj 130—140 metr. kwadr., a dla chorych zakaźnych do 200 m. kw. Małe szpitale (na 80—100 łóżek) można budować według systemu kurytarzowego, większe jednak powinny być urządzone na podstawie systemu rozprószenia, przy czem należy się starać, ażeby o ile możności większa ilość chorych była umieszczoną w oddzielnych parterowych pawilonach. Ze względu na ciepło i światło słoneczne należy ustawiać budynki podłużną osią w kierunku ed północy na południe. Dachy najlepiéj robić drewniane, pokryte cementem (*Holzcementdach*). W klimacie umiarkowanym można stawiać budynki z materyjału lekkiego (*Fachwerk*), w klimatach zaś zimnych lepiéj jest do tego używać cegły. Ściany od wewnątrz powinny być gładkie, o ile możności bez kątów, wyniosłości itd., pokryte farbą olejną lub wyłożone kaflami na wysokość $1\frac{1}{2}$—2 metrów od dołu, reszta zaś ściany powinny być pokryte farbą wodną, ażeby umożebnić wentylacyję naturalną. Okna i drzwi powinny być tak umieszczone, aby przy wentylacyi nie pozostawały t. z. kąty martwe. Do podług najlepiéj jest używać kamieni; podobnych materyjałów, szczególnie płyt Terrazo albo Mettlacher należy zaniechać. Natomiast dobrem jest ogrzewanie parą wodną lub wodą; również można zachować piece i kamionki. Dla oświetlenia używaną będzie w przyszłości tylko elektryczność. (*Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundsheitspflege*, t. XXI).
A. W.

† Dr. Pfuhl pracował nad kwestyją odwietrzającego wpływu wapna na kał i przyszedł do wniosku, że już 2% na wagę mleka wapniowego dodanego do odchodów stolcowych, zabijają zarodniki duru brzusznego i cholery i to prędzéj niż w ciągu 1-éj godziny, gdy tymczasem proszek wapna palonego zabija je w ciągu 2 godzin i to tylko wtedy, jeżeli dodajemy go w ilości 6% na wagę. W praktyce najlepiéj dolewać do odchodów dobrego mleka wapniowego, dopóki po dokładnem wymięszaniu nie będą one oddziaływać mocno alkalicznie. (*Zeitschrift für Hygiene* t. XVI).

† Niejaki Stutzer wskazuje na bardzo rozpowszechnione fałszowanie kawy mięszaniną z mąki prażonéj i dekstryny. W Kolonii istnieje specyjalna fabryka, która za 3.600 marek wysela wszystkie maszyny, potrzebne do robienia sztucznéj kawy z dołączeniem instrukcyi użycia tych maszyn. Przygotowanie 50 kg. takiéj kawy kosztuje 20 marek, ludzie więc tem fałszerstwem się zajmujący ciągną ogromne zyski.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 10 lipca. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo!

W Nowinach Lekarskich Nr. 7 umieścił prof. Adamkiewicz artykuł p. n.: „*Pachymeningitis haemorrhagica* i zawał chroniczny (*infarctus chronicus*) rdzenia pacierzowego“, w którym podaje wynik sekcyi przypadku obserwowanego w klinice prof. Korczyńskiego. Ponieważ wszystkie sekcyje tak szpitalne, jako też kliniczne, bywają w moim zakładzie wykonywane (jakkolwiek o tem prof. Adamkiewicz nie wspomniał), ja więc za protokół téjże sekcyi jestem odpowiedzialny, uważam jako obowiązek znalazłszy błędy i niedokładności w podanym przez prof. Adamkiewicza opisie, ażeby uniknąć posądzenia, iż w téj formie protokół z mego zakładu wyszedł, prosić szanownéj Redakcyi o umieszczenie następującego sprostowania niektórych przynajmniéj punktów na podstawie protokółu znajdującego się w zakładzie:

1) O „zropieniu wewnętrznéj ściany pęcherza“ niema tam mowy i być nie mogło. 2) O „gruzełkach w jelitach“ również niema wzmianki, bo także być nie mogło, natomiast jest mowa o wrzodach gruźliczych. 3) „Zamiany zginaczy podudzi na postronki łączno-tkankowe“ nie było. 4) „Przebicia pęcherza do jamy Douglasa i zapalenia ropnego otrzewnéj, wyścielającej miednicę“ nie było, tylko ropień w ścianie pęcherza bez przebicia i zapalenie włóknikowo surowicze otrzewnéj miednicowéj. 5) W nerkach znajdowały się ropnie a nie gruzełki.

Nadto, jakkolwiek opisu mózgu i rdzenia w protokóle niema, gdyż prof. Adamkiewicz za mojem zezwoleniem zaraz je zabrał (nie przypuszczałem bowiem, iż prof. Adamkiewicz taki użytek z tego przypadku zrobi), stanowczo jednak twierdzę, gdyż przypadek ten z powodu dyskusyi z prof. Adamkiewiczem po sekcyi tkwi mi żywo w pamięci, iż „zrośnięcia móżdżku i rdzenia przedłużonego z *foramen magnum*, tak, że oddzielenie ich było tylko możebne przy pomocy noża“ a „cały rdzeń przedłużony aż do mostu był jakby obwarowany masą tkanki łącznéj“, stanowczo nie było, jak również i „tak silnego zrośnięcia rdzenia pacierzowego z kanałem kostnym kręgosłupa, że tylko za pomocą noża oddzielić się dał od niego“. Z poważaniem *prof. Browicz.*

* Dnia 12-go lipca. Pospieszamy z wiadomością, że wczoraj późnym wieczorem Rada miejska przyjęła wszystkie wnioski komisyi wodociągowéj znaczną większością głosów (28 przeciw 8). Tym sposobem sprawa dla miasta naszego arcyżywotna dzięki głównie pracy nieznużonéj kol. Domańskiego doczekała się zasadniczego przynajmniéj załatwienia.

* **Wiedeń**. Od 5—10 sierpnia odbędzie się tu Zjazd antropologów niemieckich i wiedeńskich, na który zapraszają i lekarzy.

Wydanie 7-me farmokopei austryjackiéj zapowiedziane zostało rozporządzeniem ministerstwa spraw wewn. z d. 1. b. m. Nowa farmokopea obowiązywać będzie od nowego roku.

* Pisma wiedeńskie donoszą, że najwyższa Rada sanitarna w Wiedniu z własnéj inicyjatywy wyznaczyła komisyję, mającą zastanowić się nad nowym projektem ustawy karnéj. W komisyi téj prof. Hofmann miał referat w kwestyjach sądowo-lekarskich, a referent lekarski, radzca dworu Dr. Kusy referat w sprawach higijenicznych. Komisyja już ukończyła swoje prace i wystąpiła z wnioskami nad kilkunastu paragrafami, pomiędzy innemi także co do § 34, odnoszącego się do uchybień lekarskich.

* W Krynicy było dotąd gości 1062, w Żegiestowie 224, w Cieplicach czeskich 3404.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Montpellier.** Dr. Grynfeltt mianowany został profesorem położnictwa. — **Insbruck.** W miejsce prof. Holla, przeniesionego do Gracu, Wydział na opróżnioną katedrę anatomii opisowéj proponował prof. nadzw. we Wrocławiu Dra Roux i docentów wiedeńskich Drów Dalla Rosa i Hochstettera. — **Budapeszt.** Urządzają tu przy Wydziale lekarskim kurs dentystyczny, ale tylko dla Drów w. nauk lek. — **Wiedeń.** Drowie Piskatschek i Hochenegg, habilitowali się jako docenci chirurgii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie Doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Józafat Stanisław Janowski z Tarnowa, Kazimierz Smorągiewicz z Sanoka, Teodor Stahlberger z Bochni i Emil Dawidowicz z Muchawki w Galicyi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 27: Zieminskiego: O pierwotnem zap. osłonki gałkowéj Tenona (c. d.); Pawińskiego: Strophantus (c. d.) — W *Nowinach Lek.* Nr. 7: Adamkiewicza: Pachymeningitis hypertroph. i zawał chron. rdzenia pacierz.; Czyrniańskiego: Aspirator żołądkowy; Święcickiego: Elektroliza w ginekologii; Wicherkiewicza: O zaniku spojówki (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Zwierzchność gminy w Żydaczowie poszukuje lekarza. Płaca roczna 500 złr., dochody z oględzin bydła i zmarłych — posada prowizoryczna z terminem podania do 20 Lipca 1889 r. Doktorowie med. mają pierwszeństwo. 104—3—3

Żydaczów, dnia 21 Czerwca 1889 r.

KONKURS.

Wskutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszem konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną pierwotna nominacya na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania pomieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym, będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkać.

Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego przy c. k. Namiestnictwie we Lwowie najdaléj do 10 Lipca 1889 r.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów, dnia 11 Czerwca 1889 r. 97—3—3

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 20 Lipca 1889. Nr. 29.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Podał

Dr. Aleksander Bossowski,

I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

Kwestyja skolijozy przedstawia jeszcze dotąd wiele ciemnych i niewyjaśnionych punktów, po nad którémi góruje przeważnie rój domysłów i przypuszczeń w części na podstawie badań anatomo-patologicznych opartych, w części tylko z rozumowań teoretycznych wysnutych. Zarówno geneza skolijozy habitualnéj, jakoteż istota skrzywień kręgosłupa śród jéj przebiegu obraca się dotąd na polu teoryj często kunsztownie i pomysłowo zbudowanych, sprzecznych jednak z wynikiem badań zmian anatomicznych lub pozbawionych tego łącznika dowodowego, który teoryję podnosi dopiero do rzędu prawd rzeczywistych.

Zmiany anatomiczne, które okazuje kręgosłup w skończonéj formie skolijozy od dawna były przedmiotem obserwacyi, a tłumaczenie ich mniéj lub więcéj trafne składało się na poglądy, mające rozjaśnić nie tylko już cechę samego skrzywienia, ale zarazem odsłonić przyczynę i sposób jego powstania. Zgodnie przyznaje większa część badaczy klinowatéj formie kręgów skolijotycznych znaczenie zaniku, który wyradza się na wklęsłéj stronie skrzywienia pod wpływem niejednostajnego ucisku ciążącego na kręgosłupie. Zboczenia te, zajmujące zarówno trzon kręgu jako też połowę łuku po stronie wklęsłéj krzywizny kręgosłupa, noszą nazwę zmian infleksyjnych w następstwie bocznego wygięcia kręgosłupa wynikłych. Lorenz [1]), którego zasługą nie małą jest szczegółowy i ścisły rozbiór zmian anatomicznych w kręgosłupie skolijotycznym, podaje ważny objaw za pierwszeństwem bocznego wygięcia kręgosłupa w skolijozie przemawiający, a to rozszerzenie się płaszczyzn stawowych po stronie wklęsłéj skrzywienia w przeciwieństwie do zmniejszenia się tychże płaszczyzn po stronie wypukłéj krzywizny skolijotycznéj Te różnice w wielkości i rozszerzaniu się płaszczyzn stawowych w niedotkniętych jeszcze zmianami siłą skrzywienia wyrostkach stawowych odpowiadają prawu dotyczącemu przekształcania się płaszczyzn stawowych śród zmienionych warunków ich ruchów. W miejscu, gdzie chrząstka stawów wychodzi poza obręb zetknięcia się z drugą, następuje jéj zanik, podczas gdy z drugiéj strony po przemieszczeniu się ruchu i płaszczyzn stawowych w zakresie nowych ruchów i nowych punktów stycznych wytwarza się nowa chrzęstna płaszczyzna stawu.

Szereg drugi zmian w kręgach skolijotycznych uderzających mniéj — zgodne znalazł wytłumaczenie, a różnice w poglądach stanowią punkt ciężkości, ważący na szali pojedynczych teoryj. Zmiana skolijotyczna kształtu burząca na wskróś symetryję kręgów nie doznała zaspokojenia w przyjęciu infleksyi bocznéj i rotacyi kręgów na płaszczyznach stawowych dokonanéj, a to tem mniéj, że w płaszczyznach stawowych wyrostków skośnych kręgów żadnych dla zmienionych ruchów obrotowych nie znajdujemy wskazówek. Wobec tego nie mogą więc ostać się poglądy Mayera, który przyjął do wyjaśnienia rotacyi rozmaitą ściśliwość trzonu i łuków, ani też zapatrywania Henkego, Drachmana, Schenka, którzy łącznie z ruchem zgięcia bocznego kręgosłupa upatrywali przyczynę jego stawowego obrotu. Inni jak Hueter, a w ostatnich czasach Nicoladoni, zaprzeczyli wprost rotacyi kręgów skolijotycznych uważając ją jako złudzenie wzroku znaczną asymetryją połów kręgowych wzbudzone. Lorenz przyszedł na podstawie badań anatomicznych do przekonania, że zmiany kształtu i kierunku części składających łuk kręgowy, jakoteż zmiany kształtu połączonych z niemi żeber odnieść należy do odgięcia się korzeni łuków

[1]) *Pathologie u. Therapie der seitlichen Rückgrat-Verkrümmungen*, Wien, 1886.

w kierunku wklęsłości skrzywienia kręgosłupa. Odgięcie to następujące na granicy trzonu i łuków w linii nasadowéj, wywołane jest rozmaitem zachowaniem się trzonu i łuków kręgowych wobec przegięcia bocznego kręgosłupa. Podczas gdy obciążenie głównie na trzony kręgów spada, łuki wobec wygięcia się kręgosłupa w bok nieznacznie tylko w kierunku zbaczających trzonów zmierzają. Odgięcie się korzeni łuków łączy się w wyższych stopniach skolijozy nadto z zmianą kierunku bocznych części trzonów, pociągniętych przez korzenie łuków i w ich ślady zbaczających.

Ścisłe połączenie korzeni łuków z górną powierzchnią trzonów kręgowych pociąga za sobą przy odgięciu się łuków przesunięcie się górnéj połowy trzonu na dolnéj, podobnie jak dzieje się przy skręceniu górnéj powierzchni na dolnéj po uchwyceniu trzonu kręgów w dwoje kleszczy. Zboczenia opisane, a składające się na drugi szereg zmian kręgów skolijotycznych mieni Lorenz torsyją, dodając zarazem, że dotyczy ona saméj kości, wnika wskróś w utkanie kręgów, a nie dokonywa się jako rotacyja w stawach. Właściwy przebieg skośny włókien istoty korowéj, dostrzeżony na trzonach kręgów skolijotycznych, służy Lorenzowi za wyraz dokonanéj torsyi w kości kręgu, o któréj świadczy również zmieniona według jego poszukiwań architektura części gąbczastej trzonów. Prawie równocześnie z Lorenzem doszedł Fischer do tych samych wniosków i usiłował nadto na przekrojach kręgów stwierdzić słuszność swego zapatrywania. Nicoladoni[1]) odniósł zmianę kształtu kręgów wyłącznie do zmienionych warunków wzrostu kości pod wpływem ekscentrycznego obciążenia młodocianego kręgosłupa i ucisku, który rozrastająca się jednostronnie po stronie wypukłości skrzywienia połowa trzonu kręgowego wywiera na część łukową kręgu i wywołuje w ten sposób zboczenie w kierunku wyrostków części łukowéj. Na podstawie nader ścisłych badań preparatów anatomicznych skolijozy zaprzeczył Nicoladoni istnieniu torsyi i dowiódł na przekrojach kostnych, że architektura istoty gąbczastéj nie przemienia się bynajmniéj w myśl przypuszczonéj torsyi utkania kostnego, a właściwe ułożenie skośne włókien blaszki korowéj trzonów zawisło od przebiegu powięzi podłużnéj przedniéj kręgosłupa. Nicoladoni wykazał nadto na przekrojach kręgosłupa skolijotycznego osób młodocianych, że zaburzenia wzrostu, wywołane jednostronnem obciążeniem kręgosłupa, objawiają się zmianami w fugach chrząstek nasadowych, które polegają na rozszerzaniu się nieregularnem pola chrzęstnego po stronie wklęsłéj skrzywienia skolijotycznego, na opóźnieniu się kostnienia po téjże stronie, podczas gdy połowa trzonu po stronie wypukłéj skolijozy położona, okazuje chrząstkę nasadową wprawdzie większą, ale prawidłowo ukształtowaną i proces kostnienia znacznie posunięty w porównaniu ze stroną przeciwną. Niewątpliwie zarzuty podniesione przeciw teoryi torsyjnéj Lorenza słuszność mają za sobą, jeżeli uwzględnimy, że mechanizm przez niego przyjętéj torsyi objaśniony na przykładzie kręgu piersiowego wraz z całym pierścieniem żebrowym, każe upatrywać przeważnie w oporze żeber siły, zatrzymującéj łuki w linii środkowéj, gdy trzon pod wpływem obciążenia przechyla się w bok; w kręgosłupie lędźwiowym przeto, gdzie siły téj oporněj żeber brak, powstanie torsyi i nieodłączne od niéj odgięcie się łuku względem trzonu na téj drodze wytłumaczyć się nie daje. Zważywszy nadto, że gruntowne badanie anatomiczne kręgów skolijotycznych nie wydały żadnych wskazówek za torsyją utkania kostnego przemawiających, a z drugiéj strony zmiany napotkane w stawach żebrokręgowych z mechanizmem torsyi pogodzić trudno, przyznać trzeba, że teoryja torsyjna Lorenza lubo zręcznie i w łatwy sposób tłumaczy zaburzenia kręgów skolijotycznych, dla braku ścisłych dowodów anatomicznych w podstawie swéj jest zachwianą.

Zboczenia anatomiczne w przebiegu skolijozy przypominają nie mało zniekształtnienie kości wyradzające się w przebiegu *genu valgum*. Analogicznie jak to skrzywienie rozgrywa się nie w nasadzie, lez w trzonie saméj kości na jéj granicy nasadowéj, tak też w przebiegu skolijozy punktu wyjścia asymetryi kształtu szukać należy na miejscu przejścia trzonu w chrząstkę nasadową, a nasadzie saméj, t. j. łukowi wraz z szeregiem wyrostków, przyznać jedynie bierne zastosowanie się do zmienionego kształtu trzonu kości. Skutkiem niejednostajnego rozwoju trzonu w kierunku jednéj a drugiéj chrząstki nasadowéj przychodzi do wygięcia się trzonu w kierunku wypukłości skolijozy, wyradza się skośność powierzchni nasadowych trzonu, na któréj skośne ułożenie zająć muszą prawidłowe łuki kręgów.

Różnice występujące w obrazie skrzywienia dokonanego tłomaczą się z jednéj strony budową kręgosłupa i szeregiem kości, ulegających w przebiegu skolijozy skrzywieniu, z drugiéj zaś strony zmianami, które skutkiem rychło dołączającéj się kontraktury występują w stawach kręgowych pod wpływem nadmiernego ucisku trwałego i prowadzą do zaniku końców stawowych. Zaznaczenia podobnych zmian w przebiegu *genu valgum* dopatrzeć się nie trudno w spłaszczeniu kłykcia zewnętrznego, w zaniku chrząstki po stronie zewnętrznéj, przeważnie obciążonéj. Wystąpienie skrzywień kręgosłupa wtórorzędnych czyli kompensacyjnych odnosi się jedynie do wyrównania zaburzonéj pierwszem wygięciem równowagi.

O ile zboczenia w *genu valgum stat.* występujące znalazły dostateczne wyjaśnienie w anatomicznych badaniach Mikulicza, który wykazał szeregiem preparatów zgrubienie i wygięcie kości po stronie wolnéj od ucisku, jakoteż mikroskopowo wykrył zaburzenia w pasie granicznym trzonu i nasady kości, polegające na rozszerzeniu się chrząstek nasadowych kosztem strefy bujającéj i na zmienionym typie rozrastania się komórek chrząstki nasadowéj, o tyle niedostaje skolijozie właśnie anatomicznych poszukiwań i wyników tychże i wczesnych i dalszych okresów skrzywienia kręgów skolijotycznego, które mogłyby posłużyć za podstawę do wyśledzenia przebiegu zboczeń w skończonéj formie dotąd przeważnie obserwowanych. Zachowanie się chrząstek nasadowych począwszy od okresu zaczątkowego, aż do kresu rozwoju kości kręgowych, przebieg kostnienia i właściwość utkania kostnego kręgów w ciągu wzmagającéj się skolijozy rozstrzygnąć mogą, czy przypuszczana powszechnie plastyczność kości w żywo rozrastającym się kręgu nie wychodzi po za granicę fizyjologicznéj giętkości, czy też tłem jéj są nieprawidłowości w okresie bujania kości kręgosłupa?

Brak dostatecznego materyjalu anatomicznego mimo częstości, w któréj się pojawia skolijoza, utrudnia i przewleka stanowczo wyjaśnienie tego pytania: w każdym razie wytknięty tor badaniu ścisłą i prostą kreśli do rozwiązania drogę.

Z wyjaśnieniem téj wątpliwości wiąże się ściśle rozstrzygnięcie sposobu powstawania skolijozy habitualnéj (nawykowéj), co do któréj szereg postawionych teoryj zupełnego zadowolenia nie przynosi, bo jakkolwiek przeważna ich liczba

[1]) *Die Architectur der scoliotischen Wirbelsaüle*, Wien, 1889.

mieści w sobie zapewne niejeden wpływowy czynnik genetyczny, to jednak żadna z nich, jak długo kres badań anatomicznych osiągnięty nie będzie, nie może wznieść się po nad wartość domysłu. Droga eksperymentu podjęta przez Huetera dla wywołania sztucznie skolijozy, który na poparcie swéj teoryi wycinał królikom kawałki chrząstek żebrowych, zawiodła, a z nią razem przepadła możliwość rozwiązania genezy skolijozy sposobem bezpośredniego doświadczenia. Dotąd przeto w kierunku powstania skolijozy habitualnéj znane poglądy nie wznoszą po za granicę przypuszczeń, a często nie stoją nawet na wysokości wyników anatomicznych poszukiwań.

Teoryja zaburzenia równowagi w czynności mięśni grzbietowych znalazła liczne koło wyznawców, którym wpływ silnych mięśni na tylnéj ścianie tułowia przebiegających na powstanie skrzywień kręgosłupa obojętnym pozostać nie mógł. Ze znaczeniem tego czynnika liczą się też Guérin, przypuszczający skurcz mięśni po stronie wklęsłéj wygięcia skolijotycznego, Stromeyer i Werner przypisujący silniejszéj akcyi *m. Serratus anticus* po prawéj stronie powstanie skolijozy, jakoteż Malgaine, który upatruje w nadmiernem natężeniu więzadeł wobec znużenia mięśniowego i następowem tychże zwiotczeniu przyczynę skolijozy habitualnéj. Eulenburg odnosi powstanie i ustalenie się skolijozy habitualnéj, wznieconéj nieodpowiedniem wygięciem w bok kręgosłupa, które występuje skutkiem ułożenia ciała przy pewnych zajęciach, skutkiem nawyknienia, instynktu albo skłonności, również do zmienionego działania mięśni i uważa mięśnie po stronie wypukłéj skrzywienia skolijotycznego za upośledzone w czynności, rozciągnięte, podczas gdy mięśnie po stronie wklęsłéj krzywizny działają prawidłowo. Zmiany anatomiczne napotykane w mięśniach wypukłéj strony skrzywienia kręgosłupa, które jako następowe uważać należy, dowodzić miały słuszności twierdzenia Eulenburga. Zwolennicy mięśniowéj teoryi skolijozy habitualnéj zwalczeni donośnemi zarzutami, nie wyrzekli się jeszcze w zupełności téj myśli, że mięśnie odgrywać mają podrzędną tylko rolę w powstawaniu skolijozy. Wpływ korzystny gimnastyki leczniczéj celem skrzepienia mięśni zastosowanéj upewnia ich tem więcéj w tem przekonaniu, którego wyraz spotkać można w rozprawie Nebla[1]), ogłoszonéj po ukazaniu się monografii Lorenza, odmawiającego mięśniom i gimnastyce tychże jakiegokolwiek wpływu na przebieg skolijozy.

Na zjeździe chirurgów w Berlinie r. 1886 Landerer przedstawiając wyniki leczenia skolijozy habitualnéj mięsieniem, wypowiedział nowy pogląd na powstanie skolijozy, przypuszczając właściwe rozłożenie mięśni po obu stronach kręgosłupa, które podobnie jak liny masztowe, utrzymują go prawidłowo w położeniu prostem. W razie zaś, gdy zwiotczeje mięsień po jednéj stronie, kręgosłup podobnie jak maszt przechyla się w stronę przeciwną, skoro zwolnieje lina przedtem naprężona należycie. Landerer przeto odwrotnie jak Guérin przypuszcza zwolnienie, a nie skurcz mięśni po stronie wklęsłéj skrzywienia skolijotycznego. W dyskusyi nad tym przedmiotem spotkał się Landerer z ostrzeżeniem Volkmanna, aby nie powodował się zbytecznie teoryją mięśniową, gdyż mechaniczne czynniki wiodące do powstania skolijozy są nierównie więcéj skomplikowane.

Hueter, którego badania nad rozwojem form fizyjologicznych ludzkiego skieletu stanowią dotąd cenny przyczynek do studyjum chirurgii, rozwinął dla powstania skolijozy naukowéj teoryję, którą nazwał teoryją rozrostu, a za jéj punkt wyjścia postawił zdanie, że symetryczny wzrost klatki piersiowéj i kręgosłupa wywołuje przeobrażenie się ich formy płodowéj w formę wykształconą człowieka dorosłego, asymetryczny zaś rozwój klatki piersiowéj i kręgosłupa prowadzi do skolijozy, powstającéj wyłącznie w okresie rozrostowym. Skutkiem opóźnienia w przemieszczeniu się płaszczyzny kostniejącéj żebra po jednéj stronie z bocznéj na przednią ścianę klatki piersiowéj, rozrasta się żebro odpowiednio do ułożenia czołowego téj płaszczyzny na ścianie bocznéj w kierunku strzałkowym, a to pociąga za sobą zmiany w kształcie, rozrastającego się w kręgu tak, że po stronie nieprawidłowego rozwoju żeber krąg wzrasta w kierunku strzałkowym, po stronie przeciwnéj zaś w kierunku czołowym, odpewiednio znów do ustawienia się chrząstek nasadowych trzonu, które zawisło od ucisku wywartego ku tyłowi przez rosnące żebro. Zaburzenia sprowadzone w ten sposób w kształcie rozrosłych kręgów, składają się na wytworzenie skrzywienia kręgów, skolijozy, któréj odmawia też Hueter zupełnie wspólnictwa z rotacyją albo torsyją, a zboczenia pozorne w tym kierunku uważa za następstwo asymetryi kręgów. Głównym zarzutem, który wymierzono przeciw teoryi Huetera jest ta okoliczność, że tłomaczy ona powstanie skolijozy jedynie w odcinku piersiowym kręgosłupa i to środkowéj jego części, gdzie żebra tworzą z kręgami pierścień zamknięty, w kręgosłupie zaś lędźwiowym, gdzie również często skolijoza ma miejsce, do wytłomaczenia jéj się nie nadaje. Pominąwszy już sprzeczność, którą zwłoka w przemieszczeniu się linij kostniejących i równoczaenie wygórowany, szybki rozrost tegoż samego żebra w sobie mieszczą, teoryja Huetera nie może wytrzymać próby praw fizycznych, które nie dopuszczają wywarcia ucisku jakiemkolwiek ciałem tak, aby jeden tylko jego koniec zostawał pod tegoż wpływem, jak w teoryi Huetera, gdzie w końcu przednim chrząstkowym żeber ucisk rozrostowy tychże nie wywiera działania.

Wykrycie fizyjologicznego skrzywienia w bok, które ma towarzyszyć stale wygięciom tegoż w przód i ku tyłowi, posłużyło do wzniesienia teoryi, wywodzącéj skolijozę wprost ze wzmożenia się tych prawidłowych stosunków. Istnienie fizyjologicznéj skolijozy jednak, dla któréj przyczyny szukano w lewostronnem ułożeniu aorty, w przeważnem użyciu kończyny górnej prawéj, w znaczniejszym ciężarze trzew brzusznych po prawéj stronie, lub w silniejszym rozroście prawéj połowy ciała, zadały cios stanowczy badania Adamsa, a według poszukiwań Lorenza, rozchodzi się tu jedynie o przypłaszczenie lewéj połowy trzonów w odcinku piersiowym kręgosłupa, które sprawia złudne wrażenie skrzywienia bocznego. Zresztą, przyjąwszy nawet wątpliwe wygięcie kręgosłupa boczne w warunkach fizyjologicznych, szukać potrzeba innych jeszcze czynników, które stan ten prawidłowy zdolne są podnieść do stopnia skrzywienia chorobowego, psującego kształt i postawę ciała, a pod tym względem teoryja fizyjologicznéj skolijozy żadnych trafnych wyjaśnień nie przynosi. Obojętnem więc dla genezy skolijozy będzie, czy kręgosłup normalny wolny jest od nieznacznego wygięcia w bok, bo istnienie tegoż nie zmienia wcale warunków i przyczyny jéj rozwoju. (C. d. n.)

---

[1]) *Betrachtungen über Skoliose Deutsch med. Wochsch.* 1887, Nr. 26 i następ.

II. O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym.

Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia 18-go maja 1889 roku przez

Dra Gustawa Piotrowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Wszystkie inne teoryje objaśniają tamowanie sprawami, zachodzącemi w komórkach zwojowych, które podług nich niezbędne są, aby to tamowanie odbyć się mogło.

Goltz twierdzi, że powstaje ono wskutek tego, że jeden z dwóch działających bodźców obniża pobudliwość komórki, nie podaje jednak zupełnie, w jaki sposób.

Heidenhain przypuszcza, że skutek pobudki zależy od tego, czy komórka jest w stanie spoczynku, czy też w czynności; zwiększa ona zawsze stan mniéj rozwinięty, a więc w komórce w spoczynku stan czynny, w komórce zaś czynnéj zatamowanie.

Gad nie przyznaje spokoju, nieczyności komórki; twierdzi on razem z Virchowem, że komórka zwojowa zawsze jest czynna, tylko w różny sposób. Czynność jéj objawia się jużto jako odżywianie, jużto jako funkcyja, już też wreszcie jako kształtowanie — w razach zaś, gdzie mówimy o tamowaniu, jedna z tych czynności, a mianowicie odżywianie, gromadzenie sił zapasowych jest na pierwszym planie, kosztem innych.

Cyon rozwijając myśl Klaudyjusza Bernarda, określa tamowanie jako interferencyję fal podniet, działających równocześnie na komórkę zwojową. Fale albo się wzmacniają, albo znoszą, zależnie od kąta, jaki tworzą włókna doprowadzające z drugiem włóknem czuciowem, oraz odchodzącem ruchowem.

Wundt w swojéj teoryi również wspomina o interferencyi podniet, jednak w zupełnie innem znaczeniu i wyraźnie dodaje, że nie rozumie przez to interferencyi oscylacyjnych ruchów podniety, na wzór fal świetlnych lub dźwiękowych. Teoryja jego, jako najdaléj idąca i najwięcéj rozwinięta, zasługuje na szczegółowe uwzględnienie.

Molekuły tak nerwów, jak i komórek zwojowych wykonywają podług Wundta dwojaką pracę, mianowicie dodatnią (*positive*), objawiającą się jako skurcz mięśnia, wydzielanie i t. d. i ujemną (*negative Arbeit*), która usiłuje powstrzymać, związać pracę powyżéj wymienioną. Podczas podrażnienia zwiększają się obie te prace, czyli odbywa się podniecanie i tamowanie, w różnym jednak stopniu, zależnie od wielu warunków. Odnośnie do tego, która przeważy, powstaje czynność n. p. mięśnia lub gruczołu, albo też zatamowanie czynności. Przykład przewagi tych odmiennych prac podaje Wundt w zmianach w nerwie pod wpływem przepuszczania prądu stałego przy biegunie dodatnim i ujemnym. (*an — i katelectrotonus*).

Powiedzieliśmy, że przewaga jednéj lub drugiéj pracy zależy od różnych warunków. Wundt podaje je w następujący sposób, odnośnie do tamowania odruchów: Jeżeli dwie podniety spotykają się na drodze czuciowéj i powstaje interferencyja, (różna od interferencyi fal świetlnych, dźwiękowych i t. d.), któréj skutek zależy: 1) Od stadyjum, w którem się jedna podnieta znajduje, gdy druga zaczyna działać; jeżeli mięsień pod wpływem jednéj podniety jest w skurczu, lub skurcz ten dopiero co ustał, wtedy podniety się wzmagają; jeźli zaś pierwsza trwała już czas dłuższy, to następuje tamowanie. 2) Od siły podniety; silne podniety interferencyjne łatwiéj tamują aniżeli słabe. 3) Od położenia drażnionych włókien nerwowych: włókna czuciowe, które pierwotnie należą do tego samego pnia nerwowego, słabiéj tamują, a względnie łatwiéj wzmacniają podniety, aniżeli włókna odchodzące po drugiéj stronie rdzenia, lub też w różnéj wysokości. 4) Od stanu narządów ośrodkowych — im on prawidłowszy, tem łatwiéj następuje zatamowanie odruchów.

W komórkach zwojowych rozróżnia Wundt dwie sfery; jedna środkowa, wykonywa pracę ujemną, a więc gromadzi pracę zapasową, druga obwodowa zaś jest siedzibą pracy dodatniéj. Obie te sfery nie są ściśle od siebie odgraniczone, przechodzą w siebie zwolna i oddziaływają wzajemnie na siebie, otrzymując z zewnątrz podnietę. Od tego, czy przeważy podnieta działająca na sferę środkową, czy też na obwodową, zależy większe lub mniejsze wkraczanie działania jednéj z tych sfer w pozostałą, a więc wykonywanie pracy dodatniéj, czynności, lub też ujemnéj, zatamowania.

To samo stosuje się do zwojów obwodowych serca, naczyń krwionośnych i jelit. W sercu n. p. nerwy przyspieszające kończą się w sferze obwodowéj komórek zwojowych, nerwy zaś tamujące w środkowéj. Wundt więc nie uznaje potrzeby dwojakiego rodzaju komórek zwojowych, t. j. ruchowych i tamujących.

Jak widzimy, teoryje Gada, Heidenhaina i Wundta spotykają się ze sobą we wielu punktach. Nie będziemy rozbierać krytycznie poglądów różnych badaczy na sprawy zachodzące w komórkach zwojowych przy tamowaniu, zapytamy się raczéj, o ile uzasadnionem jest to wyłączne przypisywanie zwojom własności tamujących? Otóż znajomość nasza działania tych komórek, zdobyta drogą doświadczalną, jest nader szczupła — tyle tylko prawie możemy o nich powiedzieć, że jeżeli wkluczone są w drogi nerwowe, to stan czynny doznaje w nich zwolnienia i osłabienia do pewnego stopnia, wszystkie zaś inne własności, szczególnie wyższe, przyznajemy komórkom zwojowym dla tego, że ich nie posiadają inne dokładniéj znane składniki układu nerwowego, bezpośrednio ich jednak nie udowodniono. Przypuśćmy atoli, że tamowanie na drodze odruchowéj, gdzie podnieta musi komórki zwojowe napotkać, od nich jest zawisłe, to inaczej jednak rzecz się ma z tamowaniem obwodowem, jak w sercu, naczyniach i jelitach. Automatyczne ruchy serca zależą, jak większość przypuszcza, od zwojów w ścianach mięśnia sercowego, mianowicie ruchowych i tamujących, w których się kończą nerwy regulujące działanie serca. Tym to zwojom zawdzięcza serce rytmiczne bicie nawet po wycięciu z ustroju, posiadają one bowiem takie same własności jak zwoje ośrodków, ztąd też nawet ich nazwa ośrodków obwodowych. Jeżeli będziemy odkrawać ze serca kawałek za kawałkiem, to dojdziemy w końcu do tego, że bić przestanie, gdyż odłączyliśmy okolice, w których się one znajdują, reszta zaś, mianowicie koniuszek serca, nie posiada ich, więc nie jest w stanie ruchów miarowych wykonywać. Czy jednak możemy uważać za przekonywające zjawisko, otrzymane przy tak ciężkiem uszkodzeniu narządu? W końcu i to zjawisko nie jest stanowczo udowodnionem, wielu bowiem autorów widziało, że część koniuszkowa serca biła, a badanie mikroskopowe nie wykazało w niej obecności zwojów. Brak ich również zupełnie w sercu zarodkowem, które mimo to działa zupełnie rytmiczne.

Gdybyśmy nawet chcieli jeszcze przyznać omawiane własności komórkom zwojowym serca, to znów w teoryi dzia-

łania nerwu błędnego wiele braków znajdziemy. Tutaj powtarza się zawsze utarte zdanie, iż nerw błędny tamuje wskutek tego, że podnieca zwoje tamujące, w których się kończy, żaden jednak z histologów nie wykazał stanowczo, o ile mi wiadomo, związku między nerwem błędnym a jakąś specyjalną grupą komórek zwojowych; przypuszczanie zaś dwojakiego rodzaju komórek zwojowych przyspieszających i tamujących jest zupełnie dowolne, jak to n. p. widzimy u Wundta, który tylko jeden rodzaj uwzględnia, bo mu to zupełnie wystarcza do jego teoryi tamowania. Jest to najlepszym dowodem braku pozytywnéj, doświadczalnéj podstawy.

Jeszcze słabiéj uzasadniona jast rola i udowodnione istnienie zwojów w naczyniach. Pomijając liczny szereg dowodów przeciw teoryi zwojowéj w odniesieniu do naczyń, mamy całe obszary tętnic, gdzie stanowczo wykazano brak komórek zwojowych. Tak samo i w przewodzie pokarmowym działanie ich fizyjologiczne jest jeszcze nader zagadkowem.

Dla czegóż więc mielibyśmy z takim uporem obstawać koniecznie przy zwojach obwodowych, jako niezbędnych czynnikach przy tamowaniu? Wszakże widzimy, że najniższe ustroje nie posiadają zupełnie nie tylko komórek zwojowych, lecz całkowicie narządu nerwowego, a mimo to wykonywają ruchy, a co zatem idzie i tamują je także. Lecz nie potrzebujemy tak daleko szukać, wszak w naszym ustroju moczowody wykonywają ruchy robaczkowe, jak to Engelmann wykazał, bez żadnego współudziału nerwów. Tu więc protoplazma mięsne posiada własności, które w innych razach przypisujemy zwojom obwodowym, mianowicie wysyłania podniet i tamowania ich. Możność tę przypuszczał Rossbach co do mięśnia sercowego, Bernstein zaś z nieśmiałością i niejasno co do mięśni naczyń, przypisując im „pewne własności obwodowe.“

Że do tamowania komórki zwojowe nie są konieczne, wykazali wreszcie z wszelką stanowczością Biedermann i Pawłow, pierwszy na szczypcach raka, drugi na mięśniach gładkich i nerwach muszli (*anodonta*) i udowodnili, że wśród pewnych warunków podrażnianie nerwów nie sprawia skurczu mięśni, lecz przeciwnie rozkurcz. Muszla n. p. posiada dwojakiego rodzaju nerwy, z których jedne wywołują skrócenie mięśni, skurcz, inne zaś wydłużenie, czyli rozkurcz, a zatem zatamowanie czynności przy zupełnym braku zwojów. Tutaj więc mamy zjawiska tamowania bez ośrodków, bez zwojów obwodowych, w preparacie składającym się wyłącznie z nerwów i mięśni. Tem samem upada zupełnie mniemanie, jakoby tamowanie było wyłączną własnością zwojów, czy to ośrodkowych, czy też obwodowych. Oczywiście, że ani doświadczenia Pawłowa, ani Biedermanna nie rozstrzygają zupełnie sprawy tamowania, wskazują jednak nową drogę do poszukiwań w tym kierunku.

Tak więc widzimy, że ani teoryja mechaniczna, ani też przypisująca własności tamujące zwojom, nie są dostateczne do objaśnienia nam w zupełności tego zjawiska. Niestety wykazując braki tych teoryj nie jesteśmy w możności przy dzisiejszym stanie nauki podać teoryi ogólniejszéj, któraby obejmowała wszelkie zjawiska tamowania. Naszem zdaniem bardzo nawet być może, iż pewna część zjawisk, szczególnie tamowań obwodowych, przy dalszym rozwoju nauki da się odnieść do przyczyn mechanicznych, jak to twierdzi Schlösser, gdzie więc o właściwem tamowaniu nie ma mowy, przyczyny zaś innych trzeba będzie szukać w ośrodkach, a więc w szaréj istocie mózgu i rdzenia, w końcu zaś w samemże pierwoszczu mięsnem, czyli, że zjawiska, dziś podciągane pod ogólny dział tamowań, trzeba też będzie przenieść w różne dziedziny. Do tego jednak trzeba faktów, faktów pewnych, niezbitych, których wielki brak dotąd niestety. Podaliśmy ich wprawdzie dość poważną liczbę, jednak dla braku czasu prawie zupełnie bezkrytycznie, a trzeba wyznać, że wiele, może przeważna część wymaga bardzo ścisłego przejrzenia i stwierdzenia, co do wielu zaś przekonaliśmy się sami o ich nieprawdziwości.

W badaniach tych należałoby przedewszystkiem zwrócić uwagę na rodzaj podniety. Mamy już wiele dowodów, że skutek zależy od tego, w jaki sposób podniecamy, a więc czy mechanicznie, czy chemicznie lub termicznie, wreszcie elektrycznie. Ten ostatni sposób najwięcéj wydoskonalony i może najściślejszy, dalekim jest jednak od tożsamości z fizyjologicznem podniecaniem i przedstawia wielkie różnice, odnośnie do zastosowania. Nie mówię już o prądach stałych, gdzie tak wybitna jest różnica zależna od kierunku, przechodzę zaś wprost do prądów indukcyjnych. Ależ i tu różnica kierunku także się zaznacza, a jeszcze więcéj różnica siły i częstości uderzeń. Gdybyśmy chcieli zaczerpnąć przykładów z zakresu tamowania, to mamy je w doświadczeniach n. p. Legrosa i Onimusa, którzy spostrzegali przyspieszanie i wzmocnienie akcyi serca przy podrażnieniu nerwu błędnego uderzeniami powtarzającemi się w dość wielkich odstępach czasu, zbliżonemi do fizyjologicznéj podniety, podczas gdy częściéj powtarzające się uderzenia prądu indukcyjnego sprowadzały zatamowanie. Na téj podstawie nawet tak co do nerwu błędnego, jak i analogicznych nerwów rozszerzających naczynia utworzyli nader nieszczęśliwą teoryję.

Niektórzy autorowie widzieli rozszerzenie naczyń kończyny przy podrażnieniu nerwu kulszowego pojedyńczemi uderzeniami prądu indukcyjnego, powtarzającemi się co jedna, dwie, trzy, a nawet pięć sekund, podczas gdy prądy silniejsze i częstsze uderzenia zwężały naczynia.

Z rozlicznych przykładów, które mógłbym przytoczyć, wspomnę tylko jeszcze o pracy Wedeńskiego, który doszedł do przekonania, że maximum skurczu nie jest zależnem od siły prądu, lecz pewnego stosunku tejże z ilością uderzeń, który nazywa *optimum* podniety. Osłabienie prądu indukcyjnego może w pewnych razach wywołać wzmocnienie skurczu, podczas gdy przeciwnie potęgowanie prądu może skurcz zmniejszyć, gdy się należytéj częstości uderzeń dobierze. Zależy to także od stanu, w jakim się mięsień znajduje, czy jest on wypoczęty, czy też znużony. Stan narządu jest też nader ważnym czynnikiem, z którym się liczyć należy w badaniu zjawisk tamowania. Nerw kulszowy prawidłowy zwęża np. podług pewnych badaczy naczynia kończyny przy podrażnieniu prądem indukcyjnym, podczas gdy tenże sam prąd zastosowany na nerw do pewnego stopnia zwyrodniały, sprawia rozszerzenie. Podobnie różny skutek ma się osiągnąć podług Bernsteina, zależnie od tego, czy naczynia są ogrzane wodą gorącą, czy też oziębiane lodem. Badania Mareya, Tarchanowa i innych wykazują, że istnieją bardzo wielkie różnice co do skutku przy podrażnieniu serca bądź bezpośrednio, bądź przez nerw błędny w różnych okresach ewolucyi. To samo udowadnia Wedeński co do oddechania, a jak już nadmieniliśmy i co do nerwów i mięśni, co też badania Biedermanna potwierdzają.

Jednem słowem najwięcéj sobie możemy obiecywać po modyfikowaniu z jednéj strony podniety pod względem jakości, częstości, siły i kierunku, z drugiéj zaś rozmaitych wa-

runków, wpływających na stan narządu badanego. Tak zaś jak dzisiaj nasze wiadomości fizyjologiczne i w ogóle wiedza przyrodnicza stoi, możemy jedynie wypowiedzieć, że tamowanie, gdziekolwiekby się ono odbywało, czy w komórkach zwojowych, czy też w nerwach lub samem pierwoszczu mięsni, nie jest nigdy, jak to często czytać można, zniesieniem stanu czynnego. Materyja jest niespożyta, zmienia tylko swój kształt, ugrupowanie atomów, tak samo też i energia nie ginie, nie może być zniesioną, a zmienia jedynie swe objawy. Tak samo też i energia molekułów nerwów, mięśni lub komórek zwojowych, jednem słowem energia komórek, ruch lub stan czynny, — jak kto chce powiedzieć, — nie może być zniesionym, lecz jedynie zmienionym w inny rodzaj jakiś tego ruchu, tej siły. Dla tego też w poprzednio wypowiedzianem określeniu tamowania używaliśmy wyrazu „zmiana stanu czynnego", a nie zniesienie. Obecnie moglibyśmy zmodyfikować to określenie, analogicznie do zamiany energii ruchu (kinetycznej) w spoczynkową (potencyjalną) w ten sposób, że; „Tamowanie jest to zamiana stanu czynnego, ujawniającego się na zewnątrz, w stan czynny więcej ukryty. Nie będziemy się nawet silić określać bliżej istoty tego ukrytego stanu czynnego, jak to robił Gad, a przedewszystkiem Wundt. Zanimbyśmy mogli mówić, czy ukryty stan czynny objawia się jako gromadzenie sił zapasowych, odżywianie, lub w inny jakiś sposób, trzebaby poznać istotę stanu czynnego pojmowanego w zwykłem znaczeniu, a więc wywolującego jakąś funkcyję, n. p. skurcz mięśnia, działanie gruczołu i t. d. Wprawdzie wyobrażamy sobie obecnie, a przynajmniej wielu fizyjologów, ten stan czynny jako ruch, jednak istoty tego ruchu nie znamy zupełnie, a cóż dopiero mówić o istocie zamiany tego ruchu w inny! Jak na dziś, wszystko cobyśmy tu mogli powiedzieć, byłoby tylko obrazowaniem, uzmysłowieniem dobrem bardzo dla lepszego utrwalenia sobie w pamięci, niewinnem dopóki myśl nie przyzwyczai się do tego obrazowania, nie bierze go za istotne tłomaczenie i nie staje się to, że się tak wyrażę, przesądem naukowym. Wtedy niewinny ten środek zamienia się w niebezpieczny, a podawanie z góry obrazowanego omówienia za istotną teoryję, jest wprost szkodliwem, bo nie dając właściwie niczego, usypia myśl, a postęp nauki tamuje.

III. Oceny i sprawozdania.

Chemija lekarska.

† Dr. Crismer zaleca dla wykrycia cukru w moczu używać safraniny. Bierze się 1 k. cm. moczu, 5 k. cm. 1% rozczynu safraniny i 2 k. cmtr. rozczynu wodnika potasowego, miesza się to i gotuje, jeżeli ciecz się odbarwi, to znaczy, że mocz zawiera cukier w ilości przewyższającej prawidłową. Odczynnik ten ma przewagę nad płynem Fehlinga z tego względu, że nie odbarwia się kwasem moczowym, kreatyną, chloralem, chloroformem, dwutlenkiem wodu i solami hydroksylaminy, które odtleniają rozczyn Fehlinga. Chloral i chloroform zmniejszają wprawdzie czerwone zabarwienie płynu, ale nigdy w zupełności go nie odbarwiają. Odwrotnie, białko odbarwia rozczyn powoli, ale w zupełności. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Kwiecień).

Patologija.

Finger: (Wiedeń): **O t. zw. brodawce trupiej,** *Tuberculosis verrucosa cutis*, **o jej stosunku do liszaja żrącego i gruźlicy.**

Jako dowód gruźliczej przyrody brodawki trupiej przytacza F. następujący przypadek: 41-letni malarz umiera wskutek ogólnej gruźlicy. Na lewem przedramieniu i na grzbiecie ręki znajduje się pięć brodawkowatych wybujałości, od 20 lat istniejących z wszystkiemi cechami brodawki trupiej. Badanie drobnowidowe wykazuje typowe gruzełki prosówkowe, jako też obecność prątków gruźliczych i koków. W końcu rozprawy swej przychodzi autor do wniosku, że zdarzające się u lekarzy zaszczepianie jadu gruźliczego sprowadza gruźlicę skórną, która w zasadzie różni się od gruźliczych owrzodzeń skórnych, pod względem zaś klinicznym i anatomicznym bardzo zbliżone są do *Lupus verrucosus*; mogą po nich występować objawy ogólne. (*Deutsch. med. Wochenschrift*).

Dr. Baschkopf.

† Dr. Kriwusza zbadawszy 6 trupów podaje następujące zmiany, które występują przy gnilcu w szpiku kostnym, śledzionie i gruczołach limfatycznych. W szpiku kostnym: 1. Przemiana na szpik czerwony, rzadziej galaretowaty. 2. zwyrodnienie ćmawe śródbłonka naczyń włoskowatych. 3. Naciek barwikowy, pochodzący od krwotoków i 4. Zanik istoty korowej i gąbczastej kości. W śledzionie: 1. Niekiedy większa zbitość niezależna od ogólnego zastoju żylnego i 2. Bardzo częste nasiąknienie barwikowe. Wreszcie w gruczołach limfatycznych, znajdujących się w sąsiedztwie miejsc, gdzie się sprawa chorobowa znajdowała: 1. Zgrubienie osłonki, przegród i siatki. 2. Nacieczenie tłuszczowe i barwikowe i 3. Bujanie śródbłonka w naczyniach włoskowatych i drobnych tętniczkach. (Dysertacyja 1888), *Wracz* 1889, Nr. 16.

Terapija.

Patschkowski (Berlin) opisuje w *Berliner klinische Wochenschrift* 1889, Nr. 19 przypadek stwierdzony sekcyją, w którym zeszły się trzy ciężkie choroby, kiła, uwiąd rdzenia pacierzowego i rak żołądka. Na uwagę zasługuje, że istniały za życia krwotoki z żołądka, a po śmierci nie znaleziono żadnej powierzchni wrzodziejącej, że przyszło krótko przed śmiercią do pęknięcia ściany żołądka nie w miejscu nowotworowo zwyrodniałem, lecz w ścianie niedaleko raka bardzo zanikłej. Ze wszystkich leków kojących najlepiej jeszcze uśmierzał bóle fenacetyn kilka razy dnia po 0·50 podawany. Wewnętrznie podawał nadto P. choremu olej terpentynowy w kleiku owsianym trzy razy dziennie po 10 kropli. Temu leczeniu przypisuje P., że mógł chorego dwa lata przeszło utrzymać przy życiu, ba nawet miał przez pewien czas zauważyć zmniejszanie się guza.

Dr. Kraus.

Choroby wewnętrzne.

Proff. Hayem i Tissier: **Do znajomości gruźlicy osierdzia.**

Odwołując się do dawniejszych przez Rousseau'a i Vierordta opisanych przypadków, usiłują autorowie wysnuć na podstawie dwóch przypadków Steinberga i jednego własnego obraz anatomiczny i kliniczny tej choroby. Wprawdzie nie napotkano prawie oddzielnej zupełnie gruźlicy osierdzia, natomiast nie tak rzadko występować mają postacie chorobowe, w których przy zajęciu gruźliczem innych narządów, główną uwagę badającego na siebie zwraca zapalenie osierdzia na tle gruźliczem. Niestety symptomatologija tego cierpienia tak mało jeszcze jest znaną, że i w przytoczonych przypadkach dopiero po śmierci cierpienie rozpoznać zdołano.

Przy anatomiczno-histologicznem badaniu większej części opisanych przypadków napotykano całkowity zlep obydwu blaszek osierdzia za pomocą kilkumilimetrowej błony wrzekomej, zawierającej liczne gruzełki obfitujące w łaseczniki. Nigdy nie napotkano rozleglejszego zserowacenia. Mięsień sercowy bywał prawie niezmieniony, z wyjątkiem przerostu tkanki łącznej, bujającej szczególnie w otoczeniu tu i owdzie zakrzepami zajętych naczyń. Stale napotykano zwyrodnienie serowate obok znacznego powiększenia gruczołów chłonicowych u podstawy serca i wnęki płucnej, co za tem przemawia, że te zmiany gruźlicze w gruczołach są punktem wyjścia gruźlicy osierdzia. W przypadku przez H. i J. obserwowanym nastąpiło zakażenie gruczołów prawdopodobnie przez naciek gruźliczy szczytowy, mający przy obdukcyi wejrzenie ogniska zabliźnionego.

Wszystkie dalsze pojawy uważają autorowie za następstwa gruźliczego zapalenia osierdzia. Tu należą: mało rozpostarta gruźlica płuc i opłucny; przesięk opłucnowy obustronny i brzuszny, jako też obrzęki nóg i wątroba muszkatułowa. Powikłania te, polegające na zmianach w krążeniu, miały powstać tak przez osłabienie siły serca, jak i przez ucisk powiększonych gruczołów na większe naczynia. Te zmiany też za życia jeszcze uwagę naszą na serce zwracać mogą. Ze strony samego serca mało tylko wspomnienia godnych objawów na żyjącym stwierdzić możemy. Brak stały wszelkich cech zrostu blaszek osierdziowych; *pulsus para-*

doxus, na który uwagę zwraca Weinberg, stanowi objaw zupełnie nie wyłączny dla téj choroby; skurczony podmuch nad końcem serca tylko niekiedy występuje. Prawie zawsze stwierdzić można głuche tony, brak uderzenia końca serca i rytm serca płodowy.

Zarówno jak Vierordt, starają się autorowie znaleźć charakterystyczne objawy w ogólném wejrzeniu i zachowaniu się chorego. Prawie wszystkie dotychczas opisane przypadki dotyczyły ludzi o dość silnéj budowie, którzy poprzód długi czas uskarżali się na osłabienie, zaburzenia w trawieniu i krwawienie z nosa, zanim pierwsze objawy opuchliny ogólnéj u nich wystąpiły. Gorączki jako stałego objawu nie zauważono. Przebieg choroby zazwyczaj bywał krótki. Śmierć występowała w 4—8 miesiącach przez porażenie serca, zakrzepy lub inne powikłania. (*Centralblatt für Bacteriol. und Parasitenkunde* V. 16, 1889). *Dr. Rosenbusch* (Lwów).

Chirurgija.

Makowiejew: **Przypadek zwichnięcia uda do otworu owalnego.**

Samoistne zwichnienia w stawie biodrowym do otworu owalnego zdarzają się bardzo rzadko, z tego też powodu warunki, wśród których powstają, dotychczas mało są znane. Autor podaje przypadek następujący: Młodzieniec lat 16, średnio zbudowany, udo prawe zgięte pod kątem rozwartym, odprowadzone, wykręcone na zewnątrz i zupełnie nieruchome. Choroba powstała w ten sposób. Przed rokiem chory poczuł nagle ból w prawym stawie udowym, zwiększający się przy poruszeniach, bólowi temu towarzyszyła gorączka, a w okolicy stawu wytworzył się ropień, który po kilku tygodniach przebił skórę i ropa wydostała się na zewnątrz. Choroba wkrótce ustała, ale po niedługim czasie pojawiły się znów bóle w odnodze i kurcze. Udo prawe przyjęło wyżéj opisane położenie i tak pozostało, a z przetoki wydzielała się ciągle ropa. W końcu wrzód się zabliźnił, bóle ustały, a chory z trudnością tylko mógł chodzić. Operacyję wykonał autor w sposób następujący. Po przecięciu skóry i ścięgien mięśni do dużego krętarza się przyczepiających, obnażył kość, za pomocą dłuta przebił szyjkę kości udowéj, a zaokrągliwszy jéj część przy téj kości zostającą na podobieństwo główki, dołączył tutaj odpiłowany pionowo od dużego krętarza kawałek kości, wybił daléj dłutem w dolnéj części miednicy jamkę i wstawił do niéj szyjkę kości udowéj. Główka z częścią szyjki pozostała w ranie u zewnętrznego brzegu otworu owalnego pod panewką.

Rana zagoiła się bez ropienia. Po roku chory, chociaż kulejąc, mógł doskonale chodzić. W tym przypadku przyczyną zwichnięcia było ropienie, połączone z kurczami. O ostatnim czynniku nie ma dotychczas według autora żadnej wzmianki w literaturze. (*Wracz* 1889, Nr. 15). *A. W.*

F. Spaeth: **Nowy sposób leczenia wrzodów przewlekłych.**

Główną przyczyną złego gojenia się i niedostatecznego zabliźniania się wrzodów odrętwiałych jest niedostateczny przypływ krwi do brzegów, utworzonych zwyczajnie z gęstéj twardéj tkaniny. Na takim źle unaczynionym gruncie przychodzi do wytwarzania się tylko słabych granulacyi. Te same stosunki istnieją, jeśli podstawą wrzodu jest rozścięgno. W takich razach okrojenie wrzodu jest zarówno bezskutecznem, jak przeszczepienie. Nowy sposób leczenia S. polega na rozległem rozcięciu podstawy wrzodu tak, aby części przecięte znacznie od siebie odstawały. Przez zatamowanie krwi i opatrunek jodoformowy osiągnąć można bujne tworzenie się ziarnin, które szybko prowadzi do zabliźnienia. (*Centralblatt f. Chir.* 1888, Nr. 14). *Dr. Baschkopf.*

Okulistyka.

Dr. Jan Przybylski: **Nieopisany dotąd pasorzyt oka.**

Na ostatnim zjeździe lekarzy w Petersburgu kol. P. przedstawił opis, objaśniony kilkoma kolorowanemi rycinami, żyjącego pasorzyta na dnie oka, którego obecność obserwował wraz z kolegami oftalm. oddziału szpitala Ujazdowskiego i niżéj podpisany u pewnego szeregowca. W literaturze nie znaleźliśmy ani jednego podobnego przypadku, któryby przypominał oftalmoskowy obraz kształtu i zmian form ruszającego się, z początku przytwierdzonego, a następnie pływającego pasorzyta, należącego — podług zdania prof. Wrześniowskiego — do rodzaju *trematodes*.

W prawem oku szeregowca, nie wiedzącego nic o początku upośledzenia swego wzroku, $V={}^{10}/_{200}$, częściowe centralne skotoma i oderwanie siatkówki w okolicy plamki żółtéj. Z górnéj części oderwanéj siatkówki ku górze uwydatniało się w kierunku ciałka szklanego ciało białe, z czerwoną pręgą, w postaci „pałeczki"; górna część téj ostatniéj była rozszerzoną w kształcie buławy, na któréj widziano błyszczącą wyniosłość z odchodzącym ku górze stożkowatym wyrostkiem; mniejszy wyrostek oddzielał się od „główki" poniżéj nieco. Przy kurczeniu się pałeczki oba wyrostki zmieniały swoją formę i znikały. Stan taki trwał 2 tygodnie. Następnie skonstatowano: oderwanie siatkówki, biała „pałeczka" oddzieliła się od niéj i swobodnie zaczęła pływać w ciałku szklanem; dolna jéj część, po wyjściu z pod siatkówki, przedstawiała się spłaszczoną i zgiętą ku tyłowi pod ostrym kątem; górny wyrostek jakby się składał z cienkich niteczek, zgiął się i przypominał rysunek płomienia.

Tak się przedstawiał obraz na początku oftalmoskopowania, przy dłuższem jednak działaniu na oko światła, wyrostki pasorzyta zmieniały swoją formę, ściągały się, główka zaś przechylała się to w tę, to w drugą stronę, a samo ciałko kurczyło i zmniejszało się; czasem nawet spostrzegano skaczące jego ruchy.

Przy dalszéj obserwacyi w ciągu kilku miesięcy: $V={}^{20}/_{200}$, oderwanie siatkówki znacznie się zmniejszyło, w dolnéj części „pałeczki" uwidoczniły się 2 stawowate przedłużenia, wyrostki jéj główki rozszerzyły się w postaci wachlarza. W takim stanie chory opuścił szpital, wracając w stronę rodzinną. (gub. moskiew.).

Nadzwyczaj ciekawe są dalsze losy żyjącego w oku trematoda, który przez tak długi czas nie tylko nie pogorszał wzroku, lecz owszem, przeszedłszy z pod siatkówki do ciałka szklanego, sprawił polepszenie upośledzonego częściowem oderwaniem siatkówki, widzenia. Przez czas kilkomiesięcznéj obserwacyi pasorzyt swemi ruchami nie pozostawiał najmniejszéj wątpliwości, że było to ciało żyjące, przechodzące w oku fazy swego rozwoju.

Kończąc streszczenie, zachęcamy szan. kol. P-go, aby ogłosił ciekawą swoją rozprawkę, objaśniając obserwacyję rycinami. (Protokóły Zjazdu Ross. lek. Sekcyja oftalm. 1889, str. 224). *Dr. J. Talko.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

III, Posiedzenie naukowe z 16 marca 1889 r,

Przewodniczący: Kol. Merczyński. Członków obecnych 25.

1. Kol. Lebedowicz przedstawił mężczyznę 30-letniego jako rekonwalescenta po laparotomii, wykonanéj w dniu 18/2 b. r. przez prym. kol. Ziembickiego na oddz. chir. szpitala powszechnego z powodu *hernia inguinal. dextr. interstitial. incarcerat.*, któréj badaniem zewnętrznem, pomimo przypuszczenia jéj obecności, nie można było wykazać. Zarazem podał bliższe szczegóły tego przypadku.

2. Kol. Wehr ze względu na przedstawioną przez siebie dziewczynkę ze skolijozą statyczną i odczyt kol. Prusa z dnia 23/2 podaje w krótkości sprawozdanie z obecnego stanu nauki o fizyjologicznych i patologicznych zgięciach stosu pacierzowego.

3. Kol. Barącz zabierając także głos w dyskusyi nad odczytem kol. Prusa, zwraca uwagę, że on w rozróżnianiu przedstawionego przypadku pominął bardzo ważną sprawę patologiczną, mianowicie pierwotne gruźlicze zapalenie stawu krzyżowo biodrowego, wywołujące szereg podobnych objawów jak coxalgia nervosa lub rwa kulszowa (ischias), które dla tego już nieraz brano za to ostatnie cierpienie. Uraz bywa najczęstszą przyczyną téj choroby. Klinicznie objawia się ona przedewszystkiem bólem w okolicy krzyżowéj różnego nasilenia (ból ten występuje wyraźniéj przy zbliżeniu obu kości biodrowych do siebie), osłabieniem dotyczącéj odnogi dolnéj przy końcu dnia zwłaszcza występującem, (stąd chód podobny jak w *coxitis*) i wyższem

ustawieniem miednicy po stronie choréj z następową skolijozą. Nadto istnieje obrzmienie w tylnéj okolicy stawu krzyżowo-biodrowego i miejscowe podniesienie ciepłoty. Chorobę tę brać można za lumbago, rwę kulszową, psoitis, gruźlicę kręgów lędźwiowych dolnych, zapalenie stawu biodrowego i wreszcie za tak zwaną coxalgia nervosa. Pomyłki w rozpoznaniu wynikają zazwyczaj z powodu pominięcia badania stawu krzyżowo-biodrowego przez zbliżanie obu kości biodrowych do siebie i co ważniejsza, przez badanie odbytnicowe, które wykazuje bolesność i większy lub mniejszy obrzęk przedniéj okolicy stawu. Otóż kol. B. zapytuje, czy staw krzyżowo biodrowy u przedstawionego chorego został dokładnie zbadany i czy można na pewne wykluczyć obecność choroby tego stawu, bo z opisanych dotychczas w literaturze około 60 przypadków zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego było kilka, w których znani klinicyści pomylili się w rozpoznaniu, uważając chorobę raz za ischias, to znowu za coxalgia nervosa. U przedstawionego chorego zaś tak krzywe ustawienie miednicy i skolijoza jak i chód mają wiele podobnego do znamion zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego.

Kol. Schramm odpowiada, że wspólnie z kol. Prusem badał tego chorego co do poruszonéj przez kol. Barącza sprawy chorobowéj, ale ani badanie zewnętrzne, ani przez odbytnicę nie wykazało za nią przemawiających objawów.

Kol. Prus dziękując kol. B., że tę sprawę patologiczną przez niego pominiętą podniósł, omawia różnicę niektórych objawów w rwie kulszowéj a zapaleniu gruźliczem stawu krzyżowo biodrowego. Mianowicie przy rwie kulszowéj dla zmniejszenia napięcia nerwu kulszowego miednica po stronie choréj się obniża i odpowiednio do tego następuje w dolnéj połowie kręgosłupa skolijoza z wklęsłością ku stronie choréj, podczas gdy przy zapaleniu stawu krzyżowo-biodrowego ma się rzecz przeciwnie, t. j. dla zmniejszenia ucisku na staw chory miednica po stronie chorej się podnosi, wskutek czego powstaje w dolnej połowie kręgosłupa skolijoza z wypukłością po stronie chorej. Przez zawieszenie chorego skolijoza wskutek zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego się wyrównywa, podczas gdy przy rwie kulszowéj ciężarem kończyny zostaje nerw kulszowy bardziej naciągniętym, wskutek czego ból, a odruchowo skurcz mięśni strony chorej i skolijoza z wklęsłością ku stronie chorej się wzmagają. Wreszcie w danym przypadku sądząc *ex juvantibus et nocentibus* sprawa chorobowa nie jest następstwem zmian organicznych, bo po każdorazowem elektryzowaniu następuje kilka godzin trwające polepszenie, a gdy wtedy ból jest mniejszy, skolijoza się wyrównywa.

4. Kol. Bylicki zdał w streszczeniu sprawę z pracy Freunda, ogłoszonéj w seryi ginekologicznéj Volkmanna *Sammlung klinischer Vorträge*, a zatytułowanéj *„Ueber Akrome galic."*

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

V. Zawieszanie chorych jako środek leczniczy w uwiądzie rdzenia pacierzowego, oraz innych cierpieniach układu nerwowego.

Wyczytawszy w „Przeglądzie Lekarskim" w Nrze 10 z d. 9-go marca r. b. krótką wzmiankę o leczeniu uwiądu rdzenia pacierzowego sposobem zawieszania chorych, używanym od niedawna przez Charcota w Paryżu z bardzo pomyślnemi rezultatami, powziąłem zamiar zastosowania go i na naszym gruncie, a to tem bardziéj, gdy po dokładnem przestudyjowaniu rozprawy Dra Moczutkowskiego z Odessy, drukowanéj w kilku numerach „Wracza" w Petersburgu, nabrałem przekonania, że metoda opisana jest wielce obiecującą, w niéj bowiem przywiedzione są doświadczenia od 1883 r., przedsiębrane z wynikami nader pomyślnemi. Postanowiłem więc przeprowadzić w tym kierunku, o ile będzie możliwem, odpowiednie doświadczenia na chorych; lecz z powodu braku materyjału w odpowiedniéj liczbie bardzo niewielu dotychczas mogłem obserwować; jednak i tych dwóch chorych, których dotychczas leczyłem tym sposobem, wznieciło we mnie to przeświadczenie, że przy wytrwałości i cierpliwości ze strony chorych, jeżeli nie zupełnie wyleczyć, to przynajmniéj znaczną część złego usunąć można.

Dziwną atoli wydaje się rzeczą, że mimo tak pięknych i tak zachęcających rezultatów, jakie za pomocą zawieszenia chorych już otrzymano i do jakich doszedł najpierw Moczutkowski, sposób ten leczenia nie znalazł rychło ani takiéj wziętości ani aprobaty ze strony ciał naukowych, na jaką rzeczywiście zasługuje, ale przez lat kilka ograniczał się tylko do wykonawstwa przez jednego lekarza w Odessie. Dopiero w ostatnich czasach wprowadził ten sposób do Paryża Dr. Raymond, a następnie w ręku Charcota znalazł liczniejsze zastosowanie i to nie wyłącznie tylko w uwiądzie rdzenia pacierzowego, lecz i w wielu innych cierpieniach, w rdzeniu pacierzowym swoje źródło mających, a okazał się nader skutecznym, jak to jego sprawozdania wykazują. Że w tych sprawozdaniach tylko prawdziwe wyniki podawane bywają, i to pomyślne, dowodzą liczne obserwacyje z innéj strony przeprowadzone, a mianowicie przez Mendla w Berlinie, Gajkiewicza i Jasińskiego w Warszawie i w. in.

Przyrząd do zawieszania składa się ze statywu o trzech silnych, drewnianych, grubości ramienia drążkach około $2^1/_2$ metra wysokich, połączonych w górze za pomocą ruchomych wstawów z kółkiem drewnianem, poziomo ustawionem, nieruchomem, w którego środku tkwi hak żelazny, służący do zawieszania bloków żelaznych. Przez bloki przechodzi sznur, na którego jednym końcu zawieszony jest przyrząd, jakiego się używa, według Sayrego, do zakładania gorsetów, opatrzony w odpowiedni ze skóry zrobiony kołnierz, zakładający się pod brodę i na potylicę oraz w dwie pętle, przypadające pod pachy; drugi zaś koniec sznuru przytwierdzony jest do dźwigni z korbą, na którą się nawija, podnosząc chorego, a odwija spuszczając go na ziemię, przy któréj to czynności żadnego nieprzyjemnego nie doznaje chory wrażenia. (Jest to moja modyfikacyja, albowiem wszędzie pociągają bezpośrednio za sznur, przy czem chory doznaje czasem bardzo nieprzyjemnych zrywań i wstrząśnień ciała, podczas gdy nawijając sznur na walec korbą, chory ani wie, kiedy się wznosi w górę lub na dół spuszcza). Tak zawieszony pozostaje przez pół do czterech a nawet i sześciu minut; bardzo słabi i nerwowo rozdrażnieni chorzy z początku popadają w lekki stan omdlenia, który jednak szybko przechodzi.

Oceniając skutki leczenia w ogólności, przyznać trzeba, że są nadzwyczaj pomyślnemi, albowiem chorzy doznają bardzo rychło ulgi nie do uwierzenia, niekiedy już po pierwszem zawieszeniu utrzymują, że im lepiéj jest chodzić i że bóle zmalały, co trwa zazwyczaj tylko parę godzin, dopiero po kilku a nawet kilkunastu zawieszeniach poprawa postępuje znacznie a otrzymane polepszenie zaczyna się utrwalać. Uczucie zziębnienia w odnogach dolnych a zwłaszcza w stopach ustępuje miejsca przyjemnemu uczuciu ciepła a najstraszliwszy prześladowca chorych, mianowicie bóle, które ich nieraz snu przez całe tygodnie pozbawiały i, jak chorzy utrzymują, do rozpaczy ich doprowadzały, zwolna lecz stale znikają; oddawanie moczu i kału, które się w największym nieładzie i z istotnemi męczarniami odbywało, odbywa się w miarę wzrastającéj liczby zawieszeń coraz swobodniéj i regularniéj; apetyt bardzo lichy poprawia się, a czucie zupełnie zniesione powraca. Najuporczywiéj utrzymuje się nieczulica prącia i jąder, impotencyja ma ustępować bardzo powoli.

Entuzyjazm chorych do tego sposobu leczenia jest nie do opisania, gdyż trzeba widzieć chorych i słyszeć rozprawiających między sobą o skutkach, jakich doznają, wychwalających je pod niebiosy, a zarazem pilnujących jak chwili zbawienia minuty, w któréj do zawieszenia koléj na nich przypada, aby módz poznać i osądzić wartość leczenia téj metody. Niejeden chory lub chora musi odbyć prawie półmilową drogę, aby się dostać do lekarza i zostać na pół minuty zawieszoną, i spieszy co sił starczy mimo niesłychanego upału, aby się stawić na oznaczoną godzinę, nie spóźnić się i nie stracić ani dnia jednego. To daje też miarę wyobrażenia o korzyściach podmiotowych odnoszonych przez chorych, leczących się tą metodą. Nietylko jednak w samym uwiądzie rdzenia pacierzowego osiągnięto tym sposobem pomyślne wyniki, lecz owszem i w innych cierpieniach, których źródłem jest rdzeń pacierzowy; również w skrzywieniach kręgosłupa połączonych z silnemi bólami, w zrostach wiązadeł międzykręgowych, w neurastenii, impotencyi i w. in.

Nie mając jednak zamiaru nadawania mojemu referatowi

cechy umiejętnéj rozprawy, pozwolę sobie w końcu przywieźć kilka historyj obserwowanych przypadków, nie wdając się wcale w rozbiór krytyczny, a które najlepiéj wartość leczniczą téj metody okażą.

W maju r. b. zgłosił się do mnie mężczyzna około 46 l. liczący, introligator, bardzo dobrze zbudowany, nędznie od żywiony, wysokiego wzrostu, żonaty, bezdzietny; od 3 lat, w parę miesięcy po ożenieniu, zaczął spostrzegać pewnego rodzaju trudność w chodzeniu, jakby mu coś nogi podrywało, zmęczenie w odnogach dolnych występujące po kilku już minutach chodzenia; te przypady wzmagały się dość szybko do tego stopnia, że obecnie tylko przy pomocy drugiéj osoby wywijając i podrzucając nogami na wszystkie strony, bardzo pomału posuwać się jest w stanie; czucie w odnogach dolnych do minimum ograniczone, erekcyi członka i czucia w nim wcale już nie ma a mocz i stolec tylko po zastosowaniu odpowiednich środków i to nieregularnie z trudnością i z wysileniem oddaje. Bóle w odnogach dolnych, zwłaszcza wieczorem i w nocy, prawie regularnie występujące, są nie do zniesienia i trwają niekiedy z małemi przerwami i całą noc, wolniejąc dopiero nad ranem; o śnie zatem nie ma wcale mowy, a chcąc utratę snu w nocy drzemką popołudniową sobie wynagrodzić, doznaje tak bolesnych szarpań w dolnych odnogach, że czemprędzéj wstać musi i przechadzać się, dopóki owe szarpania nie ustąpią. Apetytu prawie żadnego nie ma, zwłaszcza do potraw mięsnych, upadek sił i wychudnienie w wysokim stopniu. Środki lekarskie i wszelkie sposoby leczenia wyczerpane, ulgi żadnéj.

Zastosowałem leczenie za pomocą zawieszenia, po 10 zawieszeniach najsamprzód nogi odzyskały utracone ciepło, bóle ustąpiły tak, że doznaje tylko lekkiego kłócia w łydkach i udach, jak gdyby szpilkami go kłóto i to tylko niekiedy; apetyt poprawił się i nic do życzenia nie pozostawia, mocz i stolec prawie regularnie i bez pomocy wszelkiéj oddaje, czucie w odnogach powraca, w członku jednak i mosznach stan prawie jednaki się utrzymuje. Już po piątem zawieszaniu chód zaczął się poprawiać stale i bóle się zmniejszać tak, że dzisiaj po 17 zawieszeniach chodzi sam bez pomocy i opieki drugiéj osoby, chociaż od czasu do czasu nogą jedną lub drugą podrzuci; przechadzki dalekie sam odbywa bez uczucia zmęczenia lub ciężkości w nogach. Poprawa postępuje bez przerwy widocznie.

W kilka dni późniéj zgłosił się chory, 54 lat liczący, emerytowany urzędnik skarbowy, żonaty, ojciec trojga dzieci zupełnie zdrowych i opowiada, że od jedenastu lat czuje się chorym. Objawy wybitne uwiądu rdzenia pacierzowego, wśród których dominują gwałtowne bóle w kończynach dolnych, które go, jak utrzymuje, do rozpaczy doprowadzają tak, że się już kilkakrotnie targnął na własne życie, w czem mu jednak żona przeszkodziła, strzegąc go ustawicznie. Chód charakterystyczny; przeważnie jednak leży, nie mogąc się niekiedy ani poruszyć w łóżku ani obrócić z boku na bok. Równowagi ciała, patrząc nawet na nogi, zachować nie może, stojąc kiwa się i chwieje, musi czemprędzéj siadać lub jakiegoś przedmiotu się chwycić, aby nie upadł. Odruch kolanowy zniesiony, uczucie ściskania w pasie przykre, źrenice wązkie, oddziaływają na światło bardzo leniwo; zaburzenia ze strony kiszki stolcowéj i pęcherza, kończyny dolne zawsze zimne a stojąc boso doznaje wrażenia, jak gdyby stał na czemś kosmatem, nierównem, częste zawroty głowy i drżenie rąk; upadek sił wielki; wogóle stan chorego rozpaczliwy. Po wyczerpaniu wszelkich sposobów leczenia, zaproponowałem choremu, nie robiąc mu wielkiéj nadziei, zawieszanie, na które chętnie się zgodził. Zaczęto od pół minuty co drugi dzień, co bardzo dobrze chory znosił tak, że po 15 zawieszeniach poprawa nie do uwierzenia nastąpiła. Chory twierdzi, że jest nie tymsamym człowiekiem, że się na nowo na świat narodził, sypia, je i trawi zupełnie dobrze, chodzi sam, lecz zawsze w towarzystwie córki lub żony; równowagę ciała, nawet na jednéj nodze stojąc tak ze zamkniętemi oczyma jak i w górę skierowanemi, zachowuje a co najważniejsza dla niego i za co głównie tego sposobu leczenia dosyć nachwalić się nie może, jest to, że pozbył się zupełnie owych straszliwych bólów, a wskutek tego odzyskał sen i apetyt i może pracować swobodnie. Zaburzenie tak ze strony pęcherza jak kiszki stolcowéj ustąpiły zupełnie, a jest nadzieja, że przy dalszem leczeniu wszystkie przypady chorobowe zupełnie ustąpią, albowiem po 20 zawieszeniach tak dalece czuje się uzdrowionym, że wziął się sam do pielęgnowania ciężko choréj żony, z którą wyjechać miał na świeże powietrzą, dlaczego też dalsze leczenie zostało przerwane.

W celu dokładniejszego obserwowania na znaczniejszéj liczbie przypadków téj metody leczenia wybrałem się do Warszawy, gdzie, jak się dowiedziałem, już od dłuższego czasu metodą tą chorych leczą i korzystając z uprzejmości i dobrych chęci kolegów Gajkiewicza i Socińskiego oraz Wisłockiego, zwiedziłem szpitale, gdzie leczenie tą metodą na chorych szpitalnych i przychodnich się odbywa oraz prywatnie w pomieszkaniu kolegi Gajkiewicza. Na tem też miejscu składam wymienionym czcigodnym kolegom serdeczne podziękowanie za ich uprzejmość i gotowość w udzielaniu mi pewnych wskazówek i swych spostrzeżeń.

Z pomiędzy licznych przypadków pozwolę sobie tylko przytoczyć kilka, które najlepiéj zapamiętałem i które najlepiéj illustrują skutki téj metody, starając się uczynić to jak najkróciéj i najzwięźléj, aby nie nużyć zbytecznie czytelników.

Izraelitka, przeszło 40 lat licząca, okazuje wybitne przypady uwiądu rdzenia pacierzowego, dochodzące do tego stopnia, że wszelkie ruchy u niéj są zupełnie zniesione tak, że nogami władać nie może ani niemi poruszyć a leżąc w łóżku z boku na bok przewrócić się nie jest w stanie; przywożą ją w krześle z kółkami. Po kilkunastu zawieszeniach wprawdzie władzy w nogach zupełnie jeszcze nie odzyskała, nie chodzi swobodnie, lecz siedząc w krześle sama kółkami obraca, powozi, stoi spokojnie, zachowując równowagę ciała, z oczyma zamkniętemi lub w górę zwróconemi, na obu lub na jednéj nodze, bólów nie doznaje wcale, objaw Romberga i zaburzenia ze strony stolca i pęcherza ustąpiły.

Drugi przypadek dotyczył kobiety około 45 lat liczącéj, ze średniéj klasy społeczeństwa pochodzącéj, z objawami uwiądu rdzenia pacierzowego; z przyczyny bólów szalonych i niezborności w wysokim stopniu dostała się do szpitala, gdzie ją zaraz rozpoczęto leczyć za pomocą zawieszania. Po dwunastu zawieszeniach bóle zaczęły znikać, tak, że obecnie kiedy-niekiedy tylko i bardzo słabo się pojawiają; chodzenie jeszcze mozolne i atakt‍yczne, lecz bez porównania znacznie w mniejszem stopniu, z oczyma zamkniętemi lub zwróconemi ku górze równowagę ciała, choć nie zupełną, utrzymać jest w stanie. Poprawa u téj choréj, wprawdzie powoli, lecz stale postępuje.

Trzecim chorym jest mężczyzna 51 lat mający, dobrze zbudowany i dosyć dobrze odżywiony, nadzwyczaj wesołego usposobienia, ruchliwy, przemysłowiec; od lat jedenastu z przyczyny uwiądu rdzenia pacierzowego leczył się w zakładach wodoleczniczych i u lekarzy renomowanych, lecz choroba mimo wszelkiego pielęgnowania i leczenia postępowała bez przerwy. Chód coraz wybitniéj niezborny, bóle szalone bardzo często się powtarzające i długotrwałe w odnogach dolnych i krzyżach, stolec nieregularny po największéj części wstrzymany i skąpy. Gdy wszelkie leczenie nic nie pomagało, a próbowano i elektryzowania, a stan chorobowy znacznie się pogarszał, nie wróżono choremu dłuższego nad 2 lata życia. Tymczasem dowiedział się przed niedawnym czasem o tym nowym a tak wiele obiecującym sposobie leczenia i oto poddawszy się mu, przestał po 15 zawieszeniach doznawać bólów, chodzić może przez cały dzień tak, że oko niewprawne lub nieświadome stanu tego chorego nic nieprawidłowego zauważyćby nie mogło. Ja sam znając tego chorego doskonale od lat dwudziestu kilku i obserwując jego chorobę od czasu do czasu, wyjść z podziwu nie mogłem, (nie widząc go od 3 miesięcy), ujrzawszy go nie narzekającego wcale, a chodzącego obecnie szybkim i pewnym krokiem, a zapytawszy o stan jego zdrowia, otrzymałem odpowiedź, że powoli zaczyna zapominać, że był chorym, lecz, że się jeszcze leczyć musi. To też nie może on dosyć nachwalić się téj metody i zaleca każdemu podobnie jak on choremu sposobu zawieszania jako

jedynie leczącego i całe zaufanie chorych posiadającego środka leczniczego.

Następny chory, młodzieniec dwudziestokilko-letni, z niedomogą płciową z powodu onanii, pogorszającą się mimo zaprzestania od dłuższego czasu tego nałogu; przy zastosowaniu zawieszania jako środka leczniczego stan dosyć szybko się poprawia.

Dziewczynka czternastoletnia, skrofuliczna od dłuższego czasu zaprzestała zupełnie chodzić; czucie u niéj wogóle upośledzone, budowa czaszki niekształtna, odżywienie bardzo liche. Po kilkunastu zawieszeniach nie tylko chodzi, ale nawet biega i skacze, stan ogólny poprawił się znacznie.

Takie i tym podobne przypadki stanowią liczbę wcale pokaźną z każdym dniem się powiększającą; skutki leczenia tą metodą są bardzo pomyślne i zdaje się, że trwałe, jakkolwiek czas to jeszcze za mały, aby pod tym względem można było wydać już teraz orzeczenie stanowcze — na to potrzeba najmniéj lat kilku. Chora z neurasteniją, leczona jeszcze w końcu kwietnia kilkunastoma tylko zawieszeniami, czuje się do dzisiejszego dnia zupełnie zdrową, inni coraz więcéj do zdrowia przychodzą, lecząc się ciągle, niektórzy przerwawszy leczenie z powodu wyjazdu na świeże powietrze, donoszą, że się mają bardzo dobrze.

Nie mając zamiaru pisania naukowéj rozprawy chciałem tylko szan. Kolegów powiadomić za pomocą tego krótkiego referatu o tym u nas jeszcze nowym sposobie leczenia za pomocą zawieszenia a zarazem naszkicować w kilku rzutach pióra skutki tegoż, jakie do dzisiaj już udało się osiągnąć. Że one są bardzo korzystne, to widać z opowiadania wszystkich chorych, czy zaś będą trwałemi, to przy dokładnéj i licznéj obserwacyi czas dopiero pokaże następny.

Dr. Karol Kramarzyński.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

† Dr. Lipski podał na posiedzeniu Towarzystwa ochrony zdrowia publicznego w Petersburgu 28-go kwietnia wiadomość o nowym środku pokarmowym, mającym obszerne zastosowanie pośród ludności gubernii Grodzieńskiéj, a mianowicie — o nasionach *glyceria fluitans*, należącéj do rodzaju traw, rosnącéj na łąkach. Najlepiéj udaje się ona w czasie posuchy tak niekorzystnéj dla żyta i innych zbóż. Nasiona téj rośliny mają postać krup, z których gotują kaszę na wodzie albo na mleku. Potrawa ta ma dosyć przyjemny smak i nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych skutków. Co do składu chemicznego *glyceriae fl.*, to według badania Dra L. zawiera ona 6% azotu i 1,1% części mineralnych, a więc skład jéj jest zbliżonym do składu zwykłych jagieł. (*Wracz*, 1889, Nr. 18).

† Dr. Steigenberger podaje przypadek zakażenia się gruźlicą dziecka, którego rodzice byli zupełnie zdrowi. Po kilkakrotnéj zmianie mamek ssało dziecko przez 4 miesiące piersi, z których wydzielała się ciecz śluzowo-ropna. Po 2 miesiącach wytworzył się u dziecka na prawéj stronie szyi guz wielkości jaja, pochodzący z obrzęku gruczołów limfatycznych. Po otwarciu tego guza wyszła ropa, która nie zawierała prątków gruźliczych. Znaleziono jednak takowe w utkaniu samych gruczołów, których cząstki przez wyskrobanie otrzymano. Ponieważ płuca były zupełnie zdrowe, przypuszcza więc St., że w danym przypadku powstało zakażenie przez naczynia limfatyczne jamy ustnéj. (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 25 kwiet.).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lipca. Redaktor *Przeglądu Lekarskiego* wyjeżdża na wakacyje do Zakopanego. Pod nieobecność jego podjął się zastępstwa kol. Dr. August Kwaśnicki. (Basztowa Nr. 4).

* Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lek. prof. Madurowicz zabrał głos do wniosku następującego: „Jak Panom wiadomo, głównie dzięki staraniom członka Wydziału naszego prof. Domańskiego Rada miasta Krakowa uchwaliła wczoraj sprowadzić dla miasta naszego wodę z Regulic kosztem $2^1/_2$ milijona; wnoszę przeto, aby Wydział lek. na dzisiejszem pełnem zebraniu wyraził mu gorące podziękowanie i głębokie uznanie za jego niestrudzoną gorliwość i usilną pracę w przeprowadzeniu téj nadzwyczaj ważnéj sprawy mimo niezliczonych przeszkód; wnoszę nadto, aby uznanie to zamieszczonem zostało w dzisiejszym protokóle obrad Wydziału oraz w najbliższym numerze Przeglądu Lekarskiego“. Wniosek ten śród aklamacyi został przyjęty, a członkowie Wydziału przez powstanie wyrazili kol. Domańskiemu swoje uznanie.

* D. 15 bm. uczyniwszy zadość prawem przepisanym wymogom celem uzyskania *veniae legendi* z chirurgii Dr. Aleksander Bossowski, I-szy asystent kliniki chirurgicznéj, wygłosił wykład habilitacyjny w obecności grona profesorów i licznie zebranych uczniów, którzy kandydata przyjęli i pożegnali hucznemi oklaskami. Uznawszy wykład za odpowiedni, Wydział uchwalił przedłożyć akt habilitacyjny Wys. Ministerstwu do potwierdzenia.

* Dr. Zdzisław Lachowicz, dotychczas asystent sanitarny w Żydaczowie, przeniesiony został do bióra sanitarnego we Lwowie.

* *W. med. Wochenschrift* w ostatnim numerze donosi, że według dzienników politycznych w przyszłorocznym budżecie ma być umieszczona suma 300.000 złr. na budowę klinik w Krakowie. My o tem nic nie wiemy, ani też nie podaje tygodnik wiedeński źródła, z którego czerpie tę dla nas tak radosną wiadomość.

* Dnia 16-go sierpnia zbierze się w Krynicy Komisyja pod przewodnictwem starosty nowosądeckiego i prezesa tamecznego komitetu zdrojowego, p. Friedricha, złożona z zastępcy protomedyka, docenta Marsa, radzcy budownictwa p. Braunseisa, i delegata dyrekcyi domen i lasów, przy współudziale obu lekarzy zdrojowych i zarządzcy, celem zbadania wad zdrojowiska i przedstawienia wniosków, w jakim kierunku i porządku należy wady tu zbadać. Komisyja ta wyznaczoną została przez p. Namiestnika za zezwoleniem Ministerstwa rolnictwa. Program prac i narad otrzymali już członkowie; w programie tym położony został nacisk na zbadanie ogólnych stosunków hygijenicznych, na sposób wykonywania policyi miejscowéj, i na wady w urządzaniu balneologicznem, wreszcie na przedstawienie środków zaradczych ogólnych i szczegółowych.

* Po złożeniu numeru otrzymaliśmy od prof. Adamkiewicza odpowiedź na sprostowanie prof. Browicza, umieszczone w Nrze. przeszłym. Odpowiedź tę podamy w Nrze przyszłym.

* W Iwoniczu było dotąd gości 922, w Cieplicach czeskich 4023.

* W Iwoniczu odbędzie się d. 28 bm. loteryja fantowa i bal na dochód miejscowéj filii lwowskiego szpitala Św. Zofii i Domu sierót.

† **Francyja**. W czasie świąt Bożego Narodzenia zdarzył się ciekawy przypadek, że dorośli i dzieci zebrani koło drzewka uczuli nagłą słabość i dostali wymiotów. Badanie nie wykazało nic szkodliwego w potrawach ani napojach, ale za to odkryto arszenik w świecach, które się paliły na drzewku.

† Zmarła właścicielka paryskich magazynów „au bou marché“, przeznaczyła w testamencie między innemi 8.000.000 franków na urządzenie szpitala, z warunkiem jednak, ażeby szpital ten był zbudowany o ile możności bliżéj magazynu i ażeby opiekę nad chorymi miały zakonnice.

† **Włochy**. We Włoszech wyszło prawo, na podstawie którego nie będą tam przy poborach wojskowych zwracać uwagi na stosunek wymiaru piersi do wzrostu. Wszyscy posiadający wymiar w piersi nie mniéj niż 80 cm., będą wzięci do wojska, posiadający 75 ctm. dostają rok zwłoki, a ci, którzy mają mniéj niż 75 ctm., będą zupełnie uwolnieni od służby wojskowéj. (*La semaine médicale*).

† Lekarze angielscy i amerykańscy praktykujący w Europie i Afryce założyli stowarzyszenie „*The Continental Anglo-American Medical Society*“ i co 2 lata postanowili się zjeżdżać. Pierwszy zjazd naznaczono w Paryżu b. r. na dzień 30 września. (*Le Bullet. médical* 7 kwietnia).

† Zmarły bogacz filadelfijski Williamson ofiarował około milion dolarów na szpitale.

† **Turcyja**. Sułtan przeznaczył 500.000 piastrów na nowe gmachy dla klinik i laboratoryj szkoły medycznéj.

† **Ameryka**. Dr. Sears ofiarował gmach wartości 30.000 dolarów na urządzenie pracowni bakteryjologicznéj w Bostonie. (*Boston Med. Journal* 14 marca).

† Jako przykład nadmiernéj specyjalizacyi w tegoczesnéj

medycynie można wskazać fakt utworzenia w uniwersytecie wermontskim oddzielnéj katedry dla badania fizycznego osób chcących zabezpieczyć życie. Profesorem został Dr. Charles Fr. Stillmann z Nowego Jorku (*The British Med. Journal*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Wydział lekarski niemiecki proponował na katedrę kliniczną, opróżnioną po przeniesieniu Kahlera do Wiednia, asystenta jego i docenta Dra Kraussa *unico loco*, co wywołuje powszechne zdziwienie. — **Insbruk.** Dziekanem Wydziału lek. wybrany prof. Borysiekiewicz.

* Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jag. pp.: Walenty Borelowski i Adolf Hochstim z Krakowa, Jan Ornstein-Orski z Brodów, Tadeusz Płochocki z N. Sącza, Leon Schmeidler z Krakowa, Stanisław Choróbski z Wadowic, Leonard Orzechowski z Pacanowa w Król. Polskiem, Józef Lehmann z Myślenic, Aleksander Hycner z Jasła, Jan Raczyński z N. Sącza i Mieczysław Pałka z Chrzanowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 28: Krysińskiego: Przyczynki do techniki histologicznéj Zieminskiego: O pierwotnem zap. osłonki gałkowéj Tenona (dok.). Pawińskiego: Strophantus (c. d.); Matlakowskiego: Periurethritis dissecans.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Rok XXVIII. Kraków, 27 Lipca 1889. Nr. 30.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk.**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale.

Podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Hercogowinie.

Kiedy po pomnikowych pracach Kocha i szkoły berlińskiéj, inaugurujących nową erę dla badań bakteryjologicznych zwrócono się z zapałem do studyjowania zarazków i ich stosunku do ustroju ludzkiego lub zwierzęcego, — mimowoli nasunęła się obawa, że wkrótce zabraknie materyjału, że postęp ten i szybki rozwój z natury rzeczy wnet zastojowi ustąpić będzie musiał. Nie brakło głosów przepowiadających nagłą i szybką ruinę młodéj téj, a tak energicznie w wszelkie gałęzie wiedzy lekarskiéj wkraczającéj nauki — bo nie brakło nawet panfletów. Czy głosy te uzasadnionemi były, świadczy literatura bakteryjologiczna ubiegającego lat dziesiątku, a jeżeli z postępem nauki wiele wrzekomych odkryć odrzuconemi być musiało i wiele szczegółów, z udoskonaleniem metod badania, jako nie wytrzymujących krytyki odpadło, nie uszczupla to bynajmniéj znaczenia potężnéj dziś już gałęzi wiedzy; co dzień nasuwają się nowe pytania, otwierają się nowe pola do badania, bo zbliża się czas praktycznego zastosowania mozolnie zebranych wyników.

Wiekopomne odkrycie zarazka gruźlicy lub cholery przez Kocha, rzucające nowe światło na poglądy nasze na etyjologiję niszczących tych chorób, na pozór mało przyczyniło się do praktycznego zastosowania tych wyników — do leczenia pomienionych chorób; — wykryte szczegóły bijologiczne grzybków owych znalazły jednak w hygijenie wnet praktyczne zastosowanie, bo pokuszono się o wykrycie środków, rozszerzenia chorób owych utrudniających lub znoszących, pokuszono się o osiągnięcie praktycznych rezultatów w drugiéj, a mem zdaniem, bodaj czy nie ważniejszéj, części zadania wiedzy lekarskiéj, zapobiegania powstawaniu epidemij.

Literatura prątka durowego od ostatnich lat 7-miu rośnie rokrocznie w znakomity sposób, zbiór odnośnych publikacyj dziś poważny stanowiłby księgozbiór, a jeżeli odkrycie Ebertha i Gaffkego nie cieszy się dotychczas taką popularnością, jak wykrycie jadu wąglika, gruźlicy, cholery lub duru powrotnego, to przyczyny zjawiska tego szukać należy w braku wybitnych i do badania każdemu dostępnych cech charakterystycznych grzybka tego.

Badanie bakteryjologiczne kału przez Nothnagla[1]) Bienstocka[2]) i Eschericha[3]) zainaugurowane mało dotychczas znalazło zwolenników, chociaż wątpić nie należy, że i na nie kiedyś kolej przyjść musi, trudności przy badaniu tem nasuwające się, konieczność łączenia badań bakteryjologicznych z badaniem spraw chemicznych, bez których bakteryjologija kału znaczenie chyba dla systematyki i florystyki mieć by mogła — są zjawiska tego przyczyną, a przecież badanie to dla hygijeny społecznéj nie mniejszego od badania wody lub powietrza jest znaczenia. Badanie żywotności prątków durowych w kale osób durem dotkniętych. zachowanie się tychże w zawartości kanałów lub wychodków nie mniejszego są znaczenia od wynalezienia środków do leczenia duru służących, od wynajdywania cech, rozpoznanie choroby ułatwiających.

Rozporządzając znacznym materyjałem, łaskawie mi przez kolegów wojskowych z szpitala wojskowego w Stolacu odstąpionym i napotykanym w praktyce prywatnéj, po przezwyciężeniu mnóstwa trudności, z jakiemi każda pracownia prywatna, a osobliwie pracownia w tak odległych od świata cywilizowanego stronach jak moja położona, do walczenia koniecznie mieć musi, po rozlicznych próbach zastąpienia brakującego mi gazu naftą lub gazoliną, zabrałem się do opracowania wyż podanych, a mało dotychczas dotkniętych pytań właśnie dla niezmiernego tychże dla hygijeny znaczenia.

Rozpoczynając badania moje, które na tem miejscu streszczenie znachodzą, postawiłem sobie następujące pytania:

I. W jakim okresie chorobowym swoiste prą-

tki durowe w wydzielinie kałowéj chorych durem dotkniętych wykazanemi być mogą?

II. Czy ewentualne wykazanie tychże uważanem być może za szczegół rozpoznanie ułatwiający?

III. Jak długo prątki durowe w kale zawarte w tymże żywotność swoją zachowują? i wreszcie

IV. Jak długo prątki durowe z kałem osób durem dotkniętych zmięszane, z zawartością wychodków lub kanałów utrzymywać się są w stanie?

Spostrzeżenie Pfeifera[4]), że prątki durowe w kale osób durem dotkniętych przez hodowlę wykazanymi być mogą, wkrótce przez podanie Fraenkla i Simmoredsa[5]) Seitza[6]), Wilczura[7]), Lepidi-Chiottego[8]), Chantemesse-Widala[9]), Merkla[10]),-Goldschmieda[11]) i piszącego[12]) potwierdzonem zostało, brakło jednak poszukiwań nad czasowem tychże pojawieniem się, oraz nad możliwym związkiem między ilościowem tychże występowaniem a nasileniem choroby.

Poszukiwania moje rozciągnąłem w pewnéj linii na 21 przypadków typowego duru brzusznego, w których przeciętnie od 4-go dnia choroby, skoro rozpoznanie kliniczne przez wykazanie kruczenia w kiszce ślepéj, przebieg ciepłoty, pojawienie się osutki oraz kału płynnego stwierdzone zostało, kał dobrowolnie oddany, lub za pomocą zjałowionego cewnika szklannego z odbytnicy wydobyty, z jednéj strony na znachodzące się w nim prątki badałem, z drugiéj zaś żywotność prątków tych studyjowałem.

Nie widzę potrzeby wdawania się w opis postępowania przy hodowlach płytkowych lub obrotowych Esmarcha, którémi się przy badaniu posługiwałem, a które czytelnikowi zkądinąd dobrze są znane; tu nadmienię tylko, że próbki kału 1—2 ctm.³ mięszałem z 50 ctm.³ zjałowionéj wody przekroplonéj i po dokładnem skluceniu, używając 0·01—0·001 ctm.³ mięszaniny z 10% pożywką żelatynową do hodowli płytkowych lub obrotowych używałem, powstałe kolonije pod kontrolą mikroskopu oznaczałem, a podejrzane przez dalsze przeszczepianie i hodowlę stwierdzałem.

Jako wynik badania kału 21 chorych znalazłem, że prątki durowe ani razu przed 9-tym dniem choroby wykazanemi być nie mogły, a mianowicie 2 razy znalazłem je w małéj ilości kolonij w dniu 9-tym, 2 razy w 10-tym, 4 razy w 12-tym, 9 razy w 14-tym, 2 razy dopiero w 17-tym, a 3 razy w 21 szym dniu, licząc od zasłabnięcia. Do codziennego badania stosowałem w każdym przypadku 6 — 10 hodowli płytkowych lub obrotowych, które następnie w ciepłocie termostatu lub pokoju 16—18° C. pozostawały.

W badanych wypadkach zatem udało mi się, jeżeli tylko badanie odpowiednio długo rozciągniętem było, swoiste prątki durowe drogą hodowli wykazać. Stosownie do anatomicznego obrazu choroby, nie pojawiają się one przed okresem obumierania powszechnego nacieklych kęp Payerowskich, a zupełnie odpowiednio do nierównomiernego postępu sprawy chorobowéj w rozmaitych wypadkach nie jednakim jest czas, w którym też prątki do kału się dostają.

Jeżeli przez dodatni wynik poszukiwania tego kwestyja wartości środka rozpoznawczego niejako przychylnie rozciągniętą została, to badanie bakteryjologiczne kału w przypadkach atypowego przebiegu duru, w przypadkach duru Hercegowinie właściwego, wielkie oddała mi usługi.

W kilku powiatach południowéj Hercegowiny z nastaniem pory gorącéj występować zwykła osobliwsza miejscowa choroba, któréj lekarze wojskowi przed laty miano choroby psiéj (*Hundskrankheit*) nadali, któréj lud od równicz miejscowéj zimnicy nie odróżnia, a która przez osobliwy przebieg swój w grupę chorób zakaźnych zaliczoną być musi. Na innem miejscu będę miał sposobność nieco obszerniéj o chorobie téj pomówić, tu chciałbym jedynie w krótkim zarysie podać jéj cechy. Po kilka dni trwającym okresie zwiastunowym, objawiającym się bólem głowy, zaparciem stolca i ogólnem osłabieniem, bez poprzedzającego wybitnego dreszczu, następuje nagłe podniesienie się ciepłoty, nierzadko do 40° C. i wyżéj, zazwyczaj bez wybitnych wahań dni 4—6 trwające. Przy badaniu wykazać można obrzęk macalny śledziony, nierzadko dość licznie rozsianą, a do ukłuć komarów podobną osutkę, ograniczającą się do karku i kończyn, napięcie i przyspieszenie tętna, które jednak od drugiego dnia choroby poniżéj normy (do 50 uderzeń na minutę) opada, zaparcie stolca, brak bolesności nad kiszką ślepą, mierne nastrzykanie spojówek i silne obłożenie języka, którego koniec w kształcie trójkąta czystym pozostaje. Z szybkiem opadnięciem ciepłoty, poprzedzonem silnemi potami, występuje rozwolnienie, uczucie ogólnego osłabienia, bólów w kończynach, które wraz z rozwolnieniem dłuższy czas, zazwyczaj 2—3 tygodni, trwać zwykły. Rzadko napotkać można przypadki równe sobie przebiegiem, niekiedy trwa podnoszenie się ciepłoty zaledwie dni 2, niekiedy przedłuża się do tygodnia; częstemi są objawy zajęcia sensorium, kurczów w łydkach, utraty przytomności przy względnie niskiéj jeszcze ciepłocie, nie brak nawrotów krótkotrwałych w drugim lub trzecim tygodniu choroby, oraz krwawych, płynnych stolców. Spostrzegając przed laty 2-ma kilka przypadków choroby téj i mając sposobność wykonania sekcyi (śmiertelność z choroby téj nieznaczna, wyleczenie należy zaliczyć do reguły), nie wahałem się wypowiedzieć zdania, że chorobę tę za atypowy obraz duru brzusznego uważać należy; w roku bieżącym mając sposobność obserwowania większéj ilości przypadków, z których dotychczas 3 śmiercią się zakończyły, na podstawie obrazu anatomicznego i wyników badania bakteryjologicznego kału, zmuszony jestem pozostać przy poprzednio wypowiedzianem zdaniu, że owa w południowéj Hercegowinie miejscowo występująca choroba niczem innem, jak durem brzusznym o łagodnym a nieprawidłowym przebiegu nie jest.

W 26 przypadkach obserwowanych bądź w szpitalu wojskowym w Stolacu, bądź w praktyce prywatnéj udało mi się wykazać przy należycie przedłużonem badaniu kału drogą hodowli płytkowych w drugim lub trzecim tygodniu choroby charakterystyczne prątki durowe Ebertha-Gaffkego W 14-tu zaś wykazanie pomyślnym nie zostało uwieńczone skutkiem, co sobie albo brakiem prątków tych w wyjętéj z kału próbce, albo też brakiem owrzodzeń tłomaczyć by można.

Na jeden jeszcze szczegół charakterystyczny choroby téj chciałbym zwrócić uwagę, t. j., że wszyscy pacyjenci, których w tym kierunku wypytywałem, zgodnie podają, że przed krótkim czasu przeciągiem zakażenie zimnicze przebyli. Czyżby przebycie zimnicy, odporniéj organizm na przebieg następowego zakażenia durowego usposabiając, przyczyną atypowego przebiegu tego być miało? na to pytanie na razie odpowiedzieć nie jestem w stanie.

Ktokolwiek miał sposobność przebywania czas dłuższy w Hercegowinie, zapoznania się z trybem życia i obyczajami mieszkańców, dziwić się nie może, że choroby zakaźne, osobliwie dur brzuszny i powrotny, do stałych gości należą. Brak

kanalizacyi, otwarte doły kloaczne, wykopane w gruncie chciwie wszelki płyn pochłaniającym, upały letnie, brak wody do picia, zmuszający do używania wody rzecznej lub zbiornikowéj, niechlujstwo mieszkańców, wreszcie owe cmętarze mahometańskie wśród miast, położone w gruncie zaledwie 1 do 1½ metra ziemi posiadającym, nędzny i nieregularny tryb żywienia się, owe długotrwałe posty ludności prawosławnéj lub mahometańskiéj, niemożność przeprowadzenia dokładnéj asanacyi i desynfekcyi — wszystko to uważanem być musi za czynniki, rozwój i powstanie epidemij ułatwiające i tymże sprzyjające. Tu saméj wody jako czynnika powstawania epidemij ułatwiającego lub powodującego obwiniać nie można, bo nie brak duru w powiecie moim w wysoko położonych i wyborną wodę źródlaną posiadających osadach, podobnie jak nie brak go tam, gdzie mieszkańcy na picie wody rzecznéj lub deszczowéj są niejako skazani. Kilkakrotnie podjęte przezemnie badanie bakteryjologiczne całego szeregu wód zbiornikowych w owych częściach miasta, gdzie dur nagminnie występował, a mieszkańcy na jednę i tę samą wodę ograniczeni byli, nigdy prątków durowych wykazać nie było w stanie, a podczas gdy w Stolacu dur typowy i atypowy od dawna do powszechnych chorób należy; w pobliskiéj osadzie Ljubinje, do któréj dla załogi i mieszkańców woda z Bregawy za Stolacem dowożoną być musi, gdzie przez miesiące letnie zaledwie 1—1½ litra na głowę wydzielaną bywa, wypadki duru lub owéj psiéj choroby do rzadkości należą i nigdy charakteru epidemii nie przybierają. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Na podstawie zmian anatomicznych kości kręgowych, które budziły podejrzenie toczącéj się sprawy zapalnéj, jako też wynikiem rozbioru moczu spowodowany przyjął Lorinser przewlekłe zapalenie kości kręgowych, prowadzące do sklerozy kości za przyczynę wyrabiania się skolijozy, odrzucając mechaniczne czynniki, nie zdolne zdaniem jego do wywołania stałego skrzywienia kręgosłupa z cechami skolijozy rzeczywistéj, rotacyją, ustaleniem się krzywizny i dołączeniem się skrzywień wyrównawczych. Mimo zasadniczych błędów naukowych, których dopuszcza się Lorinser w swéj teoryi zapalnej, upatrując w kifozie z przebiegu gruźlicy wynikłéj jedynie wyższy stopień tejże saméj choroby, która stanowi tło skolijozy, mimo usterek, które wytknął Lorenz dosadnie, przecząc poglądom co do skolijozy statycznéj w ścisłem tego słowa znaczeniu, w patologicznem zmiękczeniu kości, które Lorinser odnosi do sprawy zapalnéj, należy ocenić nowy czynnik zbyt ważny dla rozwoju skolijozy, aby bez należytych przeciwdowodów z umiejętnego badania wysnutych zbyt porywczo odsądzić go od wartości.

Najwięcéj w sposób powstania skolijozy, lubo nie rozwiązuje go w zupełności, wnika teoryja obciążenia, około któréj zasłużyli się dobrze Volkmann i Roser. Na wzorach statycznéj skolijozy w ścisłem słowa znaczeniu oparta wzbudziła ona najwięcéj słusznego zresztą uznania i do dziś dnia zajmuje w nauce o skolijozie przodujące stanowisko. W latach najżywszego rozwoju kości, całéj pełni bujania w granicach chrząstek nasadowych, gdy kość kręgów nie straciła jeszcze swéj giętkości i plastyczności, wkrada się skolijoza ze wszystkiemi swemi następstwami, wpływami obciążenia kręgów wspierana, skoro raz przyjdzie do utrwalenia się bodaj najlżejszego wygięcia kręgosłupa w bok. Ten pierwszy akt smutnie rozgrywającéj się późniéj dla chorego deformacyi nosi nazwę skolijotycznéj postawy i polega na nawykowem skrzywieniu kręgosłupa w bok z ograniczoną z powodu zaburzenia w czuciu mięśniowem ruchomością w stronę przeciwną, za którem postępujące zboczenia rozrostu kości w liniach chrząstek nasadowych pod wpływem niejednostajnego obciążenia i następowe zmiany w częściach sąsiednich kostnych i miękkich wyciskają piętno skolijotycznego skrzywienia kręgosłupa. Różnorodne momenty statyczne, jak nawykowe stanie na jednéj nodze, przeważna praca kończyną górną prawą i znaczniejsze obciążenie téj kończyny, niejednostajna długość obu kończyn, a nadewszystko właściwe ułożenie ciała przy pisaniu i innych zajęciach połączonych z siedzeniem, pociągają za sobą boczne przegięcie kręgosłupa, już to celem przesunięcia przemieszczonego punktu ciężkości, już to dla powierzenia więzadłom i hamulcom kostnym zadania podtrzymywania kręgosłupa, którego daléj znużone wysiłkiem mięśnie spełniać nie są w stanie. Potrzebą, nałogiem lub instynktowo wywołane wygięcie kręgosłupa w bok i ustalone przy częstszem powtarzaniu się i dłuższem trwaniu tego zboczenia przez skrócenie części miękkich, a zwłaszcza więzadeł z jednéj strony rozciągniętych, po drugiéj zaś przykurczonych, łączy się w naturalnem następstwie ze stężeniem kręgosłupa nie dozwalającem na ruch tegoż w kierunku przeciwnym od ustalonego wygięcia bocznego i podlega obecnie zmienionym warunkom obciążenia prostą drogą do skolijozy wiodącym. Dla czego jednak skolijoza nagabuje tylko pewną część dzieci i to przeważnie dziewczęta, mimo, że prawie wszystkie albo większa ich część narażona jest na te same szkodliwości statyczne, stanowczo teoryja obciążenia nie wyjaśnia, a odrzucając przypuszczenia Ruprechta co do stałéj łączności skolijozy z krzywicą i rozmiękczeniem kości, jako szczególnie usposabiające do skolijozy czynniki podnosi szybkie rośnięcie ciała, wiotkość połączeń stawowych, osłabienie mięśni, smuklejszą budowę kości i nieodpowiednie rozwojowi ciała wychowanie dziewcząt.

Teoryja obciążenia więc dopuszcza cały szereg momentów mniéj lub więcéj przy powstaniu skrzywienia czynnych, po nad któremi przecież wpływem swym najznaczniejszym góruje obciążenie, które kończy niejako to dzieło rozstroju działaniem innych czynników wszczęte. W szeregu dobrze zestawionym brak jednak ogniwa do splecenia go w łańcuch i niedostaje łącznika, któryby związał przejście między czynnem przechyleniem kręgosłupa w bok a skrzywieniem bocznem, utrwalonem bez możności przywrócenia zakresu normalnych ruchów, do którego przyłączają się rychło zmiany w kościach stanowiące istotne znamię skolijozy. Teoryja obciążenia tłumaczy w ten sam sposób rozmaite formy skolijozy, uważając zawsze momenta statyczne za pierwszą pobudkę rozwoju.

W skolijozie statycznéj zaś [illegible], wywołanéj nierówną długością kończyn dolnych, wpływ ten szkodliwości statycznych najwięcéj w oczy uderza, różnice zaś w przebiegu klinicznym zawisły od czasu ich trwania, wieku chorego, jakoteż siły funkcyjonalnéj skróconéj kończyny dolnéj. Zaburzenie statyczne kręgosłupa lędźwiowego w młodym wieku chorego występujące, gdy rozrost kości jeszcze nieukończony,

przyjmuje po dłuższém trwaniu skrzywienia cechy anatomiczne, niczem od skolijozy nawykowéj się nie różniące. Często jednak nie przychodzi do utrwalenia skolijozy statycznéj a to z powodu, że albo wiek chorego wyklucza możliwość dalszego rozrostu kości i zmian następowych tychże, które takowy śród odmiennych warunków obciążenia zwykł sprowadzać lub też, że wpływ szkodliwości statycznych na kręgosłup odpada, skoro kończyna skrócona z jakiejkolwiek przyczyny zmusza chorego do prowadzenia życia siedzącego lub leżenia w łóżku.

Krzywicza odmiana skolijozy cechuje się przedewszystkiem wiadomym momentem patologicznym, tkwiącym w zmiękczeniu kości kręgowych, które pod wpływem szkodliwości statycznych i przeciążenia mało opornego kręgosłupa układają się w krzywiznę skolijotyczną, przedstawiającą po wygaśnięciu krzywicy wszystkie cechy właściwe dla nieruchoméj, sztywnéj, skolijozy nawykowéj. Skrzywienie krzywicze nagabujące najczęściéj środkową część kręgosłupa przedstawia dla teoryi obciążenia udatny wzór według jéj praw ukształtowany, tłumaczący się jasno we wszystkich szczegółach, wolny od domysłów i przerw w obrazie swego powstania.

Podczas gdy skolijoza statyczna w ścisłem słowa znaczeniu zajmuje w pierwszéj linii odcinek lędźwiowy kręgosłupa, a skolijoza krzywicza zniekształca środkową część kręgosłupa, opanowuje nawykowa forma skolijozy z równą prawie częstością odcinek lędźwiowy lub piersiowy kręgosłupa. Strona, ku któréj zmierza skrzywienie skolijotyczne wypukłością wygięcia, przedstawia w skolijozie krzywiczéj równy stosunek dla prawéj i lewéj połowy ciała, wobec skolijozy statycznéj zawisła ona od kończyny krótszéj, ku któréj pochyla się miednica, a za nią wygina się wypukłością łuku kręgosłup; skolijoza nawykowa, dla któréj najczęściéj pierwszą pobudkę stanowi właściwe ułożenie ciała przy pisaniu szkolnem, zwraca się, jak to wykryły badania Schenka nad postawą dzieci piszących, jużto wypukłością swą w kręgach lędźwiowych na lewo, jużto kieruje swą wypukłość w odcinku piersiowym kręgosłupa na prawo. Do rzadkości zaś należy pierwotne skrzywienie nawykowe kręgosłupa w części lędźwiowéj na prawo lub w części piersiowéj na lewo a stanowią one wówczas w swym obrazie zupełne odbicie się przeciwnostronnych postaci.

Odróżnienie pojedynczych odmian i umiejscowienia pierwotnego skolijozy ważne ma znaczenie pod względem jéj prognozy i leczenia. Wprawdzie zastarzałe przypadki skolijozy bez względu na jéj formę i miejsce pierwotnego skrzywienia, które nadto zaciera się późniéj wobec dołączenia się skrzywień wtórorzędnych innych odcinków kręgosłupa w celach wyrównania zachwianéj równowagi, zarówno każą źle rokować opierając się uporczywie wszelkim wysiłkom leczenia, — to z drugiéj strony umiejętnie zastosowane środki i sposoby lecznicze we wcześniejszych stadyjach skolijozy, jak długo rozrost kości kręgów jeszcze nie dobiegł kresu, pozwalają na pomyślniejszą prognozę i ten wynik terapii, że zboczenie niszczące kształt i symetryję ciała uda się wyrównać w zupełności, w części, albo przynajmniéj zapobiedz dalszemu postępowi skrzywienia. Wyniki te leczenia osiągnięte trudem miesięcy, a często nawet lat, uważać trzeba za cenną zdobycz odjętą sprawie chorobowéj, która statecznie zwykle zmierza do szczytu swego rozkwitu. Klątwę nieuleczności, rzuconą na skolijozę przez Maisonaba, odnieść należy z uznaniem do czasów, gdy pod osłoną maszyn i przyrządów jużto dźwiganych jużto łóżkowych żywo rozwijała się daléj skolijoza niewstrzymana w swym biegu, a często nawet wspierana. Historyczną też prawie wartość mają sposoby leczenia ciągłego skolijozy za pomocą łóżek wyciągowych z ekstensyją w osi podłużnéj ciała lub naciąganiem albo uciskiem w kierunku bocznym. Nie mniéj w zasłużony stan zapomnienia przeszły przyrządy dające się wmieścić w łóżko zwykłe i działające wyłącznie przez ucisk wywarty za pomocą pelot siłą szrub lub mechanizmu naciągającego, ustalonych na wypukłości krzywizn skolijotycznych. Podobnemu losowi uległy stołki ortopedyczne z urządzeniem do naciągania i pelotami uciskowemi, jako też większa część maszyn i aparatów do noszenia przeznaczonych, których działanie przeciw skrzywieniu zasadza się na ucisku za pomocą pelot, szrubą lub sprężyną regulowanym. Rzadko też wchodzą dziś w użycie pętle z miękkich pasów nad łóżkiem zawieszane, na które układał się chory wypukłością skrzywienia, gdyż przy mimowolnéj zmianie położenia chorego ustaje też łatwo wpływ zawieszenia bocznego na wyrównanie krzywizny skolijotycznéj. Zastosowanie przez Sayrego do leczenia skolijozy gorsetu gipsowego, założonego na chorym w chwili zawieszenia go za pomocą pętli głowowéj, wyparło na czas dłuższy użycie dotąd znanych aparatów i zyskało w krótkim czasie dla uproszczonéj techniki postępowania ogólne rozpowszechnienie. Myśl Sayrego utrwalenia za pomocą stężałego opatrunku poprawy skolijozy zyskanéj przez zawieszenie chorego przyjęta z entuzyjazmem, niebawem spotkała się z rozczarowaniem, gdy przy użyciu pierwotnie niezdejmowalnych gorsetów wpływ tychże zrazu korzystnie się przedstawiający nie odpowiedział następnie oczekiwaniu, a nawet wprost przez unieruchomienie dłuższe kręgosłupa szkodliwym się okazał. Z udoskonaleniem metody Sayrego gorset gipsowy zyskał na lekkości, giętkości przy dostatecznéj jednak sile opierającéj się nawrotowi poprawionego zawieszeniem skrzywienia, a przedewszystkiem tę zaletę, że może być chwilowo zdjętym z chorego i znów napowrót w zawieszeniu założonym. Najlepsze wyniki można osiągnąć wówczas, jeśli skrzywienie w zawieszeniu wyrównywa się zupełnie, skolijozy mniéj ruchome doznają pod wpływem zawieszenia i gorsetu gipsowego częściowego tylko wyrównania, na skolijozy zaś sztywne tak zawieszenie, jakoteż noszenie gorsetu gipsowego żadnego nie wywiera wpływu poprawczego. O wiele niżéj od gorsetu gipsowego pod względem wartości stoi gorset filcowy napojony szelakiem lub żywicą, który ma za zadanie utrwalić w skolijozie działanie wyrównawcze zawieszenia. Jako materyjał lekki i podatny a przytem dość oporny po oziębieniu i stężeniu zdołał wyprzeć zwłaszcza w Niemczech na czas pewien gips, niebawem jednak z powodu swéj znacznéj podatności i poddawania się w ciepłocie ciała formom skoliotycznego tułowia znowuż należnego temu musiał ustąpić miejsca.

Technika zakładania gorsetów według metody Sayrego zbyt dobrze jest znaną, aby potrzeba bliżéj ją wyjaśniać, dodam tu tylko, że zdjęcie dokładnego odcisku z tułowiu i wytworzenie odlewu pozytywnego tegoż, na którym dopiero gorset z opasek gipsowych się zlepia, przedstawia znaczne korzyści pod względem gładkości i cieńkości stanika jakoteż ze względu na łatwiejsze wymodelowanie tegoż. Trud, jaki postępowanie to zmudniejsze pociąga, opłaca się jednak nie mało, a zwłaszcza w przypadkach, gdzie rozchodzi się o wmieszczenie w gorset gipsowy Jurymastu — i wygięcie tegoż stosownie do formy skrzywionego tułowia, wielce się zaleca.

Skuteczną pomoc przy leczeniu pierwotnéj skolijozy lędźwiowéj osiągnąć można przez zastosowanie antistatycznéj

metody Buscha, która sprowadza skośne ustawienie miednicy i wywołując przezto wygięcie odcinka lędźwiowego wypukłością w stronę jéj obniżoną, prowadzi do wyrównania a nawet do wykrzywienia kręgosłupa w stronę wprost przeciwną. Volkmann i Barwell skonstruowali odpowiednią do tego celu podstawkę skośną na siedzenie, a Staffel zawiesił ją na nawet na gorsecie i ukrył we fałdach sukni kobiecych. Wobec skrócenia kończyny dolnéj i następowéj skolijozy statycznéj, wyrównanie jéj osiągnąć nie trudno przez odpowiednie podwyższenie trzewika.

Powierzenie wyłącznie gorsetowi zadania poprawy skrzywienia skolijotycznego według powszechnéj dziś zgody chirurgów jest błędem a przekonaniu temu złożono wyraz na XV zjeździe chirurgów w Berlinie. Jako więc drugi ważny czynnik, którego obok gorsetu i właśnie z jego przyczyny pominąć nie wolno, wchodzą w grę ruchy tułowiu uwolnionego od gorsetu, kąpiele, przechadzki, gimnastyka, massage, zawieszanie na trapezie wraz z wyciąganiem się w górę, a to celem wzmocnienia i odświeżenia mięśni pod powłoką gorsetu na nieczynność skazanych.

Ujemne skutki wynikłe z wyłącznego leczenia skolijozy za pomocą gorsetów zwróciły znowuż baczniejszą uwagę na dość długą metodę leczniczéj gimnastyki, któréj wartość uznał już Glisson (1671) a Szwed Ling ujął w pewien system i formę. Gimnastyka szwedzka oparta na zasadzie zaburzonéj równowagi w mięśniach i do przywrócenia jéj dążąca, trafiała w myśl teoryi mięśniowéj Eulenburga, który wartość jéj podniósł i przysporzyć jéj uznainia usiłował. Uprawiana przeważnie przez zawodowców bez należytego wykształcenia, liczących jedynie na zysk i pojmujących rzecz jako rzemiosło nie mogła gimnastyka lecznicza zyskać uznania, a to tem mniéj, gdy z wyłonieniem się nowych poglądów teoryja Eulenburga z gruntu zachwianą została. Szablonowe postępowanie bez rozróżniania odpowiednich i celowi nadających się przypadków przyczyniło się również do potępienia téj metody leczniczéj, skoro przecenione jéj skutki okazały się złudnemi. Nie dziw też, że w tych warunkach większa część chirurgów wyrzekła się gimnastyki szwedzkiéj w celu leczenia skolijozy chętniéj przyjmując w jéj miejsce nowe i więcéj zaufania budzące, metody. Według zasady Linga prowadzona gimnastyka lecznicza zasadza punkt ciężkości na ruchach czynnych oporem tamowanych, a wzmacniających przez pracę osłabione mięśnie tułowia. Ruchy bierne (massage), w poczet których zalicza się również mięsienie w ścisłem słowa znaczeniu na ugniataniu, klepaniu i głaskaniu mięśni polegające, mają za zadanie przez t. z. redressowanie pod formą przepychania, przegniatania, przekrzywiania poprawić, a nawet nad miarę wyrównać skrzywienia kręgosłupa, aby po zwolnieniu w ten sposób oporów przy równoczesnem skrzepieniu mięśni zwolna chorego do samoistnego wyrównania zboczenia uzdolnić. Nie ulega wątpliwości, że w ten sposób zrozumiana i prowadzona gimnastyka lecznicza w początkowych okresach skolijozy osiągnąć zdoła dobre wyniki, gdy nadto wpływ innych szkodliwych czynników zostanie trwale usunięty i zaprzeczyć się nieda, że na téj drodze nawet w przypadkach ustalonych skrzywień, uruchomienie tychże, a nawet wygładzenie częściowe zmian kostnych, zwłaszcza gdy chory nie przekroczył jeszcze okresu rozrostowego, jest możebnem tak, iż dziwić się należy, że tyle doświadczony na punkcie skolijozy Lorenz gimnastyce leczniczéj odmawia wszelkiéj wartości. Wprawdzie w wielu razach utrwalenie skutku chwilowo redressowaniem zdobytego domaga się ustalającego przyrządu, póki stała poprawa czy to skutkiem powstrzymania zboczenia chorobowego, czy też skutkiem skończonego rozrostu kości nie nastąpi, to jednak okoliczność ta nie może pozbawić gimnastyki leczniczéj w zupełności znaczenia, lecz co najwyżéj tylko je obniżyć. Przeciwnie racyjonalna gimnastyka lecznicza skombinowana z zastosowaniem gorsetu utrwalającego jéj wynik wydać może bardzo pomyślne wyniki. Słusznie też ortopedyści, którzy mieli sposobność naocznie przekonać się o skutkach gimnastyki szwedzkiéj i wyuczyć jéj reguł, pragną wywalczyć jéj prawa, a rezultaty osiągnięte przez Zandera, Aberga, Nebla i innych zachęcająco w tym kierunku wpływają. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Terapija.

A. Polubiński: **O wpływie mięsienia brzucha i okolicy lędźwiowéj na czynność nerek.**

Dla przekonania się, czy wpływ ten rzeczywiście istnieje, dzielił autor mocz chorego na trzy części: Jednę oddaną wkrótce po mięsieniu, drugą w parę godzin po nim i trzecią w ciągu reszty doby i badał każdą z tych części oddzielnie. Najwybitniéj obserwował wpływ ten w porcyi oddanéj wkrótce po mięsieniu. Wyniki autora są następujące: 1. Mięsienie brzucha zwiększa znacznie ilość oddawanego moczu, co nawet odbija się na ilości moczu oddanego w ciągu całéj doby. Przy tem powiększa się nie tylko ilość wody, lecz i części stałych moczu, mocznika i w ogóle istot azotowych. 2. Mięsienie okolicy lędźwiowéj prawie wcale nie wpływa na ilość oddawanego moczu. Ilość zaś istot stałych w moczu i w ogóle istot azotowych znacznie się zwiększa. Doświadczenia autora nie są jeszcze tak liczne i ściśle naukowo przeprowadzone, ażeby można było na téj podstawie czynić stanowcze wnioski, ale gdyby dalsze badania potwierdziły podane wyżéj rezultaty, to w takim razie mielibyśmy w mięsieniu nowy środek moczopędny, który zwiększa nie tylko ilość wyprowadzonéj wody, lecz i ilość istot stałych. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Purie: **Nieco o soku żołądkowym w rozstrzeni żołądka.**

Dotychczas znane są dobrze przypadki rozstrzeni żołądka, połączonéj z t. zw. *hypersecretio hyperacida*, znacznie zaś mniéj jest opisanych przypadków tak zw. *hypersecretio anacida*, do których należy i przypadek autora. Chory skarżył się na ból i uczucie ciężkości w dołku sercowym, które zwiększały się po jedzeniu i wieczorem, na nudności, odbijanie, zgagę, brak apetytu. Badanie wykazało, że żołądek był znacznie rozszerzony, a granica jego dolna znajdowała się na 3 palce niżéj pępka. Wypróżnienie żołądka, wykonywane na czczo i po jedzeniu wykazywało zawsze dość znaczne ilości soku żołądkowego. Własności tego soku były następujące: Kwas solny zawsze był obecny, ale w ilości mniejszéj niż w stanie prawidłowym (0·067—0·159%), a ilość jego zwykle była większą na czczo wieczorem. Kwas mlekowy znaleziono tylko 3 razy. Zdolność trawienia białka była zupełnie prawidłową, nie było w treści propeptonu i syntoniny, a zawsze znajdowano peptony. Zdolność trawienia istot skrobiowych była znacznie zmniejszona, resztki bowiem pokarmów składały się prawie wyłącznie z tych istot. W moczu znajdowała się znaczna ilość chlorków, co zgadza się z tem, że inni autorowie przy zwiększonéj kwasocie soku żołądkowego znajdywali w moczu zmniejszoną ilość chlorków. Jednakowoż wbrew twierdzeniu Gluzińskiego i Jaworskiego pewne środki lecznicze (jodek potasu, salicylan sodowy) ulegały bardzo łatwo wessaniu w żołądku i wydzielały się z moczem. Padane zaś *per anum* można było wykazać po pewnym czasie w soku żołądkowym. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Chirurgija.

Prof. I. Mikulicz: (Królewiec): **Nowe doświadczenia nad operacyjnem leczeniem zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita.**

Wyniki chirurgicznego leczenia *Peritonitis perforativa*, zapisane w nowszéj literaturze, nie powinny wstrzymać od przyznania się, że rezultaty są bardzo nędzne i należy je często przypisać nie działaniu chirurga, lecz ślepemu zrządzeniu nieznanych czynników. W innym szeregu przypadków szkodzimy wprost choremu zabiegiem i to kładzie na chirurga obowiązek ograniczenia na przyszłość swych operacyj i to mianowicie do takich przypadków, które choć częściowo są jasne i przedstawiają pewne widoki pomyślnego wyniku. Zapal. otrzewny należy odróżnić: 1) według umiejscowienia punktu wyjścia; każde zap. otrz. bierze początek od narządu śródotrzewnowego i jest obowiązkiem wyszukać i zwalczać to pierwsze źródło. Powtóre należy uwzględnić różne postacie *Perit. perfor.*: a) *Peritonitis universalis diffusa*, t. j. zapal., zajmujące całą otrzewnę, cechujące się z początku lekkiem nastrzykaniem, późniéj obłoczkowatym pokładem na otrzewnéj z wypociną włóknikową i ciężkiemi septycznemi objawami, które w przeciągu kilku godzin śmierć sprowadzają. Jeżeli przy wczesnem leczeniu téj postaci uda się osiągnąć od czasu do czasu pomyślny wynik, to b) druga postać z wypociną włóknikowo-ropną: „postępujące ropne zap. otrzewny“ daje daleko lepsze rokowanie; tu nie cała otrzewna bywa zajętą, lecz kolejno rozszerza się sprawa chorobowa w ograniczonych ogniskach z pierwotnego źródła i to w przeciągu tygodni i miesięcy i tu jest zadaniem chirurga pootwierać ogniska bez zniszczenia oddzielających przegród. M. operował 11 przypadków, 5 razy z powodu *Perit. perfor.*, z tych 2 razy otrzymał wyleczenie, a 3 przypadki w inny sposób leczone zakończyły się śmiertelnie. M. czyni następujące wnioski: należy zlepione pętle jelit o ile możności zostawić *in situ*, a ogniska wyszukać, przy czem przebieg zap. otrz. daje ważną wskazówkę, aby żadnego ogniska nie przeoczyć. W przypadkach powolnie postępujących możemy wyczekiwać. Objawy: stłumienie, ból, lekkie podwyższenie ciepłoty. Co do techniki, należy nacinać w bliskości chorobowego ogniska i to dostatecznie długo; nie jest potrzebnem zaraz przy pierwszéj operacyi robić kilka cięć. Do wypłukania, które ma działać tylko czysto mechanicznie, wystarczy fizyjologiczny rozczyn soli kuchennéj. Szew jelitowy należy tylko wtedy założyć, jeśli się łatwo udaje. Nie można polecić zaszycia wielkich jam, tylko aby zapobiedz wypadnięciu trzewów, należy brzegi skórne ustalić za pomocą kilku szwów. Do leczenia pooperacyjnego zaleca się nakoniec ścisłą dyjetę, wilgotne zawijania brzucha, pewnego rodzaju opatrunek unieruchomiający. Wobec dalszego trwania objawów niedrożności należy założyć odbyt nieprawidłowy. (*Berl. klin. Wochens.*, 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Edm. Rose: (Betanlja): **O uleczności ropnicy.**

Badania Roberta Kocha nad etyjologiją chorób zakaźnych przyrannych dały popęd do energiczniejszego wkraczania leczniczego w przypadkach ropnicy; za pomocą doświadczenia rozstrzygnął on oddawna istniejący spór o istocie zakażenia ran, wykazując dla każdéj choroby przyrannej swoiste, stale i w ogromnéj ilości się znajdujące drobnoustroje, które są jedyną przyczyną choroby. Szczególniejszą uwagę zwracają na siebie doświadczenia Kocha wykonane na królikach, u których wywołał ropnicę, a przedewszystkiem to spostrzeżenie, że zwierzę takie jest w stanie przezwyciężyć małe ilości koków w krwi się znajdujących. Teraz narzucało się pytanie, czy to samo nie mogłoby się stać u człowieka i czy nie byłoby naszym obowiązkiem ilość koków we krwi z góry jak najbardziéj zmniejszyć. Jeżeli z drugiéj strony zważymy, że ustrój bardzo często odnosi zwycięstwo nad Ebertowskiemi prątkami durowemi, to przyznać musimy, że niesłusznem jest ograniczać się w leczeniu ropnicy tylko do zapobiegania, jak to dotąd było, tem bardziéj, że rzeczywisty przypadek ropnicy miewał prawie zawsze przebieg śmiertelny. Rose tylko wtedy rozpoznaje bez oględzin pośmiertnych ropnicę, jeżeli do zranienia przystępują częste napady dreszczów (kilka w jednym dniu), obrzęk śledziony i objawy płucne; infarkt zdradziłby się wtedy sposoczeniem, lub przynajmniéj następowem zapaleniem opłucny. Wskutek wspomnianych wyżéj badań R. Kocha, podjął R. zamiast zapobiegawczego także czynne leczenie ropnicy. Każde ognisko ropnicowe niszczy o ile możności jak najprędzéj, zraszając je obficie środkami przeciwgnilnemi i używając najsilniejszych środków wzmacniających. Postępowaniem tem mamy według zapatrywania R. Kocha nie tylko zniszczyć rozmaite złogi koków, lecz także staramy się przeto utrzymać ilość koków we krwi niżéj *minimum*, dla życia jeszcze nieszkodliwego. Od chwili zaprowadzenia tego czynnego leczenia mnożą się w uderzający sposób przypadki wyleczonéj ropnicy. W końcu opisuje R. przypadek bardzo groźnéj ropnicy przerzutowéj u 14-letniéj dziewczynki, która doznała zranienia. W chwili przyjęcia do szpitala chora, która już miała 19 dreszczów, okazywała język suchy, w płucach liczne rzężenia, obrzęk śledziony tętno dobre i częste, śpiączkę na przemian z majaczeniem; w przebiegu choroby wystąpiły przerzuty ropne w bardzo wielu stawach, z powodu których R. wykonał cały szereg ciężkich zabiegów na zajętych stawach i chora wyzdrowiała. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Ullmann: (Wiedeń): **O t. zw. kolorectostomii.**

Liczba wskazań do wykonania kolotomii tak chętnie zalecanéj przez angielskich i francuskich chirurgów, zmniejszyła się w ostatnich latach dzięki doświadczeniu nabranemu w klinikach niemieckich. U. podaje nowy zabieg operacyjny dla tych przypadków, który nazywa kolorectostomiją t. j. połączenie części kiszki grubéj leżącéj nad rakiem, wywołującym zwężenie z częścią poniżéj leżącą, z wykluczeniem choréj. Cięcie do téj operacyi wykonywa U. według metody E. Zuckerkandla, t. j. t. zw. *sectio parasacralis* przy położeniu na boku prawym. Zyskuje się na téj operacyi oprócz tego, że się przywraca drożność przewodu pokarmowego, także i to, że kał nie stykając się z częściami odbytnicy rakiem dotkniętemi, nie drażni ich i nie pobudza do rozpadu i bujania. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 24). *Dr. Kraus.*

Choroby kobiece.

E. Braun Fernwald i K. A. Herzfeld (Wiedeń): **Cięcie cesarskie i jego stosunek do sztucznego porodu przedwczesnego, obrotu, nietypowych zabiegów kleszczowych, kraniotomii i dobrowolnych porodów przy ścieśnionéj miednicy.**

Autorowie spostrzegali w klinice K. Brauna 444 przypadków ścieśnionéj miednicy; 163 razy poród ukończył się dobrowolnie a 281 razy wykonano rozmaite zabiegi: 54 razy wywołano sztuczny poród przedwczesny i to zapomocą niskiego przekłucia pęcherza płodowego. Odsetka śmiertelności matki 0, płodów 26·5. Obrót z następowem wydobyciem wykonano 89 razy: 2 razy nastąpiła śmierć rodzących, raz wskutek zakrwawienia w 3 godz. po por., raz z powodu *sepsis*; odsetka śmiertelności płodów 26·7. Nietypowy zabieg kleszczowy znalazł zastosowanie 78 razy: odsetka śmiert. płodów 12·8, matki 1·29, zato odsetka chorób połogowych wynosi 20·6 wobec 6·5 przy obrocie. Daléj wykonano 56 kraniotomii: 10 razy zakładano przed kraniotomią kleszcze bez skutku. W przeciągu 11 lat wykonano 23 razy cięcie cesarskie: ods. śmiert. wszystkich przypadków 34·7; 38·8% dla sposobu Porry, 20% dla sposobu Sängera, tylko 2 razy operowano z powodu wskazania względnego przy *conjugata* = 7 i 7·5 ctm.; w reszcie przypadków rozchodziło się o bezwzględne ścieśnienie miednicy lub o powikłania, które stanowiły bezwarunkowe wskazanie do c. ces. Na podstawie przypadków opisanych czynią autorowie następujące wnioski: opierając się na zasadzie, że życie matki bezwarunkowo wyżéj stoi, niż życie dziecka, przemawiają za o ile możności największém ograniczeniem względnego wskazania do c. ces; stawiają conjugata = 8 ctm. jako najwyższą przypuszczalną wielkość dla wskazania względnego a polecają w tych przypadkach, w których pozostaje tylko wybór między przedziurawieniem a c. cesar. wybór ten w każdym razie pozostawić matce, ewentualnie jednak wykonać perforacyję i to nawet dziecka żyjącego a następną ciążę sztucznie przerwać. Zawsze należy unikać konieczności cięcia cesarskiego zapomocą innego zabiegu położniczego. Poród przedwczesny a szczegółowo zastosowanie niskiego przekłucia pęcherza płodowego

uważają autorowie za uzasadnione we wszystkich przypadkach ścieśnienia miednicy z *conjugat.* najmniéj 7·5 ctm. Na końcu ciąży należy o ile możności wykonać profylaktyczny obrót, który szczególnie wobec miednic płaskich z *conjugat.* najmniéj 8 ctm. daje dobre wyniki. Nietypowy zabieg kleszczowy przedstawia znakomite rezultaty dla dziecka, jest jednak przy ujściu macicznêm niezupełnie rozszerzonêm zabiegiem dla matki niebezpiecznym. *(Int. kl. Rundsch.* 1889. Nr. 6). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Eisenhart (Mnichów): **O chorobach części rodnych zewnętrznych u kobiet.**

Na 4000 porodów i 658 chorych ginekologicznych leczonych w klinice Winkla spostrzegano następujące choroby zewnętrznych części rodnych: 24 razy napotkano kłykciny kończyste sromu, między niemi 20 razy u ciężarnych i rodzących, a z tych 18 razy u pierwiastek. 5 przypadków słoniowacizny sromu dotyczyło 4 niezamężnych i jednéj zamężnéj kobiety; między niemi było 3, niemających więcéj jak 30 lat. Tylko jedna z nich była poprzednio dotknięta kiłą. Dwa razy zaczęła się choroba od warg większych, dwa razy od mniejszych, raz od łechtaczki. Liszaj (*lupus vulvae*) zauważono dwa razy, u 29 i 66 letniéj kobiety. Chorobę usunięto zapomocą termokauteru. Dwa razy napotkano na raka pierwotnego sromu, u 39 i 48 letniéj kobiety. W drugim operacyja była już niemożliwą, łagodzono tylko bóle zapomocą 2—5% rozczynu kokainy. Na uwagę zasługują trzy przypadki przepukliny sromu; w jednym z nich znajdywał się jajnik w worku przepuklinowym, jajnik obrzmiewał podczas regularności, a rozwinęła się przepuklina dopiero w przebiegu 8ej ciąży w 36 roku życia. Przypadek ten jest szczegółowo opisany w *Archiv. f. Gynaek.* t. XXIV; w innym znowu przypadku treść przepukliny stanowił prawy róg ciężarnéj macicy dwurożnéj. Z pęknięć międzykrocza zasługuje na uwagę pęknięcie u 25 letniej dziewczyny z powodu upadnięcia. Z chorób ujścia zewnętrznego cewki moczowéj zasługuje na uwagę mięśniak (*myoma*) wychodzący z przegrody cewko-pochwowéj, który wycięto, i naczyniak sromu. (*Münchener med. Wochenschrift.* 1889. Nr. 21). *Dr. Kraus.*

Okulistyka.

A. Natanson: (Petersburg): **Przyczynek do kazuistyki uszkodzenia wzroku po zranieniach głowy.**

1. Mężczyzna uderzony został dyszlem jadącego wozu w prawą połowę czoła, poczem popadł w nieprzytomność, doznał krwawienia z nosa i z ust, ale nie z ucha. Na czole poniósł od zewnętrznego kąta prawego brzegu oczodołowego ranę drążącą do kości, która jest nienaruszoną. Zeszycie rany. Gałka oczna nieuszkodzona, czynnościowo jednak zupełna ślepota ($V=\frac{1}{\infty}$, brak poczucia światła). Badanie wziernikowe wykazuje, że ani środki łamiące, ani dno oka nie przedstawia zboczeń; inne nerwy mózgowe prawidłowe. W dalszym przebiegu choroby nie wystąpiły żadne objawy, któreby świadczyły o zajęciu mózgu. Po kilku miesiącach stwierdzono typowy obraz zaniku n. wzrok., źrenica prawa więcéj rozszerzona nie oddziaływa na wpadające światło, lecz synergicznie przy zasłanianiu o. l. Wobec tego szuka N. przyczyny oślepnięcia w przerwie drogi optycznéj. Jednostronność zboczenia wzroku wyklucza współudział *tract. opt.* lub *Chiasma*, gdyż wtedy upośledzenie musiałoby być obustronne (*Hemianopsia*), a ponieważ na dnie oka zmian nie znalazł, więc przypuszcza uszkodzenie n. wzr. w tyle od wejścia naczyń środkowych i że zanik n. wzrokow. rozpoczął się od części nerwu przebiegającéj w kanale wzrok. Doświadczenia kliniczne pouczają, że urazowe uszkodzenia n. wzrok. w *Can. opt.* powstają przez złamanie górnéj ściany oczodołu. Berlin wykazał, że w złamaniach podstawy czaszki przydarza się w 90% złamanie stropu oczodołowego, które w 60% sprowadza złamanie ścian *Can. opt.* Złamania te mogą być bezpośrednie, pośrednie i przeniesione. Zboczenia wzroku po złamaniu oczodołu zostają wywołane: 1. Przez przerwę ciągłości, zmiażdżenie lub uciśnięcie n. wzr. przez oddzielone lub przesunięte odszczepy kostne; wtedy powstaje natychmiast po zranieniu oślepnięcie, które znajduje po kilku tygodniach wyraz anatomiczny w zwyrodnieniu n. wzr. i jest nieuleczalne. 2. Przez krwotoki śródpochewkowe, a powstające przez ucisk na n. wzr. zboczenie może jeszcze ustąpić. 3. Przez powikłania wtórorzędne, jak zapalenie opon mózgowych lub zapalenie śródczaszkowe; oślepnięcie jest wtedy najczęściéj jednostronne i to po stronie zranionéj. W opisanym przypadku rozpoznaje N. pośrednie złamanie kanału wzrok. W drugim przypadku, w którym chłopiec uderzony został odłamkiem pękniętéj broni, wystąpiło przedarcie naczyniówki i siatkówki, a przypadek ten jest dla tego głównie ciekawy, że przedarcie naczyniówki było poprzeczne. Hughes przytacza w archiwie Graefego tylko trzy przypadki poziomego przedarcia. (*St. Petersb. med. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Baschkopf.*

Choroby dzieci.

Prof. R. Jaksch: (Grac): **O rozpoznawaniu leukemii i leukocytozy w wieku dziecięcym.**

Przewlekły obrzęk śledziony, obrzmienie wątroby i gruczołów, trwała leukocytoza wysokiego stopnia pozwalają u dorosłych w poszczególnych przypadkach z pewnością rozpoznać leukemiję. Zupełnie inaczéj się rzecz przedstawia w wieku dziecięcym, gdyż przedewszystkiem nawet wyższe stopnie nie posiadają trwałéj leukocytozy (1:20, 1:12) owego rozpoznawczego znaczenia co u dorosłych, albowiem najrozmaitszym postaciom niedokrewności n. p. tym, które napotykamy w krzywicy, a nawet w ostrych chorobach, jak np. w płatowem zapaleniu płuc mogą towarzyszyć trwałe leukocytozy wyższego stopnia. Z drugiéj strony przydarza się w wieku dziecięcym choroba w swym przebiegu klinicznym nadzwyczaj podobna do leukemii, którą Jaksch nazwał „*Anaemia infantum pseudoleucaemica.*“ Jakże więc można ten obraz choroby od leukemii odróżnić? W obu chorobach napotykamy skład krwi ten sam, obrzmienie gruczołów i obrzęk śledziony tak, że rozróżnienie jest możebne dopiero przy uwzględnianiu następujących okoliczności: w leukemii powiększa się wątroba i śledziona całkiem jednostajnie w stosunku do ich pierwotnéj objętości, zaś w *Anaemia infantum pseudoleuc.* widzimy pewien niestosunek pomiędzy wielkością wątroby i śledziony, mianowicie, że rozmiary wątroby względnie mniéj się powiększają w porównaniu do śledziony; następnie wątroba nie jest, jak w leukemii, przy dotykaniu macalna jako obrzęk gruby i o brzegu grubym, lecz mimo powiększenia rozmiarów można wyraźnie wyczuć jéj ostry dolny brzeg. Rozróżnienie to ma znaczenie nie tylko czysto naukowe, ale i wybitnie praktyczne; podczas gdy leukemija jest chorobą, która podobnie jak u dorosłych tak i u dziecka, a może nawet u tego ostatniego daleko szybciéj, prowadzi do śmierci, to przeciwnie rokowanie w *Anaemia infantum pseudoleucaemica* nie jest tak niekorzystnem. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

I. Decker (Mnichów): **O etyjologii, rokowaniu i leczeniu niestrawności nerwowéj.**

W etyjologii odgrywają przedewszystkiem rolę wszystkie te przyczyny chorobowe, na tle których rozwija się ogólna neurastenija w swych rozmaitych postaciach. I tak rozwija się niestrawność nerwowa z upodobaniem u takich osób, w których rodzinie cierpienia narządów nerwowych są dziedziczne. Według Burkarta ma być charakterystyczną dla niestr. nerw. w następstwie ogólnego osłabienia nerwowego przeczulica, występująca po ucisku pojedynczych splotów nerwu współczulnego brzusznego i nerwów piersiowych, mianowicie: *plexus hypogastricus superior, coeliacus s. solaris* i *aorticus*. Obciążenie dziedziczne jednak nie jest jedyną usposabiającą okolicznością do niestr. nerw., gdyż znajdujemy ją także u osób zupełnie zdrowych bez obciążenia dziedzicznego niejako sztucznie wyhodowaną przez nadmierne wysilenia umysłowe i cielesne. Walka o byt, ciężkie troski i wzruszenia umysłowe, wybryki *in Venere et in Baccho* zmniejszają znacznie odporność układu nerwowego, co spotykamy nie tyle w warstwie roboczéj, ile raczéj u ludzi bogatszych. Oprócz tych nerwic żołądka są jeszcze t. z. nerwice odruchowe tj. takie, które powstają przez odruchowe drażnienie innych narządów i tak wiemy, że zadrażnienie mózgu i rdzenia pacierzowego często sprowadza odruchy żołądka,

a jeszcze częściéj mają odruchowe zadraźnienia żołądka swoją przyczynę w macicy i jelitach, a tu zasługują na uwagę przewlekłe zapalenia i zmiany położenia macicy, a ze strony jelit pasorzyty, przedewszystkiem tasiemiec. Rokowanie zależy w ogóle od nasilenia objawów i czasu trwania; pamiętać trzeba, że niestrawność, która nie powstała na tle neurastenii, więc samoistna i w części odruchowa, względnie najłatwiéj przystępną jest leczeniu. Główną zasadą terapii jest obok ogólnego leczenia całego układu nerwowego miejscowe leczenie nerwów żołądkowych jak leczenie elektrycznością. w danym razie połączone z mięsieniem. W leczeniu ogólném. jak i miejscowém świadczą rozmaite zabiegi wodolecznicze, jak wycierania, chłodne kąpiele, wilgotne zawijania. tusze itp. jakotéż w ciężkich przypadkach mięsienia całego ciała znakomite usługi. Dla pewnych postaci neurastenii zaleca się także leczenie Weir-Mitchella z tą tylko odmianą, że się chorego nie odosabnia. Z leków celem uspokojenia i wzmocnienia układu nerwowego najlepsze usługi oddają sole bromowe, arsen jako roztwór Fowlera, u ludzi niedokrewnych przetwory żelaza Sole bromowe jeżeli mają skutkować, należy podawać w większych dawkach dziennych. W odpowiedniéj porze roku należy chorego wysłać w góry lub nad morze. Do leczenia miejscowego poleca D. jeszcze t. z. „szkockie tusze“ tj. skrapianie okolicy żołądka strumieniem wody przez 20 sekund naprzemian o ciepłocie 28° i 12°, wogóle przez 3 minuty. (*Münch. med. Woch.* 89. Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Choroby weneryczne.

Prof. Lang: (Wiedeń): **O drogach i kolejach zarazka kiłowego i uwagi o leczeniu kiły.**

L. omawia wszystkie drogi, jakie przechodzi jad kiłowy w ustroju od chwili zakażenia i wysnuwa stąd kilka uwag leczniczych. Pierwszem miejscem osadzania się, a więc i pierwszym objawem jadu jest wrzód pierwotny. Rozwijanie się zarazka kiłowego sprowadza nowowytwarzanie się komórek, które L. uważa za wał, oddzielający części chore od zdrowych. Ztąd dostaje się jad do ustroju: 1) drogą naczyń limfatycznych; przejście to jest powolne. 2. drogą naczyń krwionośnych; przejście jest szybkie. 3. wędrowanie odśrodkowe, już to czynne, już też w komórkach; za tem przemawia występowanie plam i guzków w sąsiedztwie zmian pierwotnych, pokrytych nienaruszonym przyblonkiem przed zakażeniem. 4. *Infectio postinitialis*: przeniesienie jadu z zmian pierwotnych owrzodziałych na odległe części ciała z wytwarzaniem nowych zmian pierwotnych. Nawiązując do tego, omawia wycinanie zmian pierwotnych, które uważa za wskazane, jeżeli jest łatwo wykonalne. Wycinanie należy zawsze wykonywać wśród téj ostrożności, aby powierzchni rannéj na nowo nie zakazić. Dla tego używa L. przypalania powierzchni operacyjnéj palnikiem Paquelina. Daléj poleca L. do wewnętrznego używania pigułki z maści lanolinowéj z rtęcią (3·0 z 7·0 *Sacch. lactis* na 60 pigułek, 4—6 dziennie). Również chwali Unny leczenie plastrami; L. używa *Empl. hydrarg. oleinii,* (*Olein. cr. 180, Pb. oxyd. 100, Hydrarg. 30 60).* Głębokim wstrzykiwaniom oleju szarego i oleju kalomelowego daje L. pierwszeństwo przed wcieraniami. W końcu podnosi znakomite działanie jodu i sarsaparyli. (*Archiv f. Derm. u Syph.* 1889, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

S. Prettyman: **Rzeżączka u małych dzieci.**

P. donosi o prawdziwem rzeżączkowem zapaleniu cewki moczowéj u dwóch braci w wieku 9-ciu i 11-tu-lat, którzy nabyli chorobę przez usiłowane spółkowanie z siedmnasto letnią murzynką. W dwa miesiące późniéj widział ten sam lekarz przypadek rzeżączkowego zapalenia pochwy i cewki moczowéj u dziewięcioletniéj dziewczynki, pochodzącéj z najlepszego domu. W wszystkich trzech przypadkach lekarze domowi nie rozpoznali choroby, lecz leczyli ją jako *Balanitis* i wyprysk sromu, ponieważ nie przypuszczali rzeżączki u tak młodych dzieci. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Steinbach: **Przypadek zagadkowego zaszczepienia kiły.**

S. opisuje przypadek ciężkiéj kiły u pewnego lekarza pułkowego. który podczas leczenia ropotoku worka spojówkowego nim się najpierw zaraził. Przeciw gwałtownym przypadom zapalnym cierpienia ocznego zastosowano pijawki w okolicy skroni. Jedna z ran przez ukąszenie pijawek powstałych zamieniła się w wrzód stwardniały, po którym nastąpiły charakterystyczne objawy kiły wtórorzędnéj, a w 6 miesięcy potem wybuchło guziczkowe zapalenie tęczówki i groźne objawy mózgowe W jaki sposób nastąpiło zakażenie kiłowe rany po pijawce, pozostało niewyjaśnionem. (*Internationale klin. Rundschau*). *Dr. Baschkopf.*

Ingria: **O zapaleniu cewki moczowéj u kobiet**

Według doświadczeń I. z oddziału dla chorób kiłowych szpitala w Palermo zdarza się zapalenie cewki moczowéj u kobiet daleko częściéj, niż to się w ogóle sądzi. Z pomiędzy 124 kobiet dotkniętych rzeżączką napotkał 74 razy rzeżączkę cewki; a z tych było 58 bez powikłań. To uderzająco częste występowanie rzeżączki cewki u kobiet tłomaczy I. tem, że cierpienie to nadzwyczaj łatwo powraca i że u osoby, która raz niem była dotkniętą, już małoznacząca przyczyna n. p. miesiączka może na nowo chorobę wywołać. W ogóle u niewiast częściej napotyka się rzeżączkę cewki przewlekłą niż ostrą. Według I. w jednéj piątéj jego przypadków była rzeżączka cewki powikłaną z nieżytem pęcherza moczowego, który się ograniczał zawsze tylko do szyjki pęcherzowéj. Drugie wcale nie rzadkie powikłanie stanowiły kłykciny kończyste, które usadowiały się albo przy brzegu ujścia cewki, albo w dolnym jéj odcinku. Także zropienie jednego lub kilku mieszków okołocewkowych spostrzegał w kilku przypadkach. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph*, rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Feibes: **Niezwykły przypadek zakażenia kiłą.**

Podczas pobytu swego w Paryżu zawezwany został F. jako specyjalista do chorób skórnych przez kolegę swego do oznaczenia choroby u brata kolegi. F. znalazł wysypkę kiłową, nie mógł jednak wykazać miejsca, w którém jad do ustroju się dostał. Uderzało go to, że gruczoły są przeważnie po jednéj stronie ciała, i to po stronie prawéj, powiększone. Okoliczność ta, zmuszała do bliższego badania guzków na twarzy. Jeden z nich okazał podstawę twardą. Teraz dopiero rzecz się wyjaśniła. Młodzieniec golił brodę zawsze sam własną brzytwą. Wyjątkowo raz golił go golarz wprawdzie tą samą brzytwą, ale używał szczoteczki swojéj. Po tem ogoleniu został guzek. który się przez jakiś czas utrzymywał, a który lekarz wziął za guzek trądzikowy i lapisował. F., opisując ten przypadek, podnosi jak mało należy polegać na zapewnieniach, że się nie było nigdy zarażonym, i jak tylko dokładne badanie może doprowadzić do należytego rozpoznania. Leczeniem przeciwkiłowem osiągnięto skutek. (*Berliner klin. Woch.* 1889. Nr. 23). *Dr. Kraus.*

Toksykologija.

E. Schäffer (Offenbach n. M.): **Przyczynek do kazuistyki otrucia kwasem szczawiowym.**

Liczba przypadków otrucia kw. szczawiowym o tyle w ostatnich latach się powiększyła, o ile otrucia fosforem stały się rzadszemi. Kwas ten zasługuje wskutek swego wielostronnego zastósowania w przemyśle i wysokiego stopnia trujących własności pomiędzy kwasami organicznemi na szczególną uwagę. Wobec silnie trującego działania nie dziw, że posiadamy wprawdzie dokładne badania anatomiczne, ale tylko skąpe spostrzeżenia kliniczne o zatruciu u człowieka, gdyż lekarz zastaje osobę już nieżywą lub konającą; z tego powodu zasługuje na ogłoszenie następujący przypadek: młodzieniec 19-toletni kupił w drogueryi za 25 fen. kw. szczawiowego. który użył rozpuszczony w szklance wody; poprzednio wypił samobójca trzy szklanki piwa, kawę, jadł chleb z serem. Objawy były następujące: już w kilka minut po zażyciu trucizny wystąpiło silne dławienie i wymioty, gwałtowne bóle w szyi i w brzuchu, po upływie pół godziny ciężki zapad z tętnem drobném nieregularném. opóźniającém się i powierzchownem, zwolnionem oddechaniem. Sensoryjum zajęte; po krótkim czasie wystąpiły zboczenia w czuciu, silne poty na zziębniętych dłoniach i podeszwach, kloniczne i toniczne kurcze w kończynach górnych i dolnych, podwyższenie odruchów, bóle w okolicy nerek, białko i wałeczki w moczu. moczenie krwawe i dysuryja, liczne kryształki szczawianu wapniowego i kw. szczawiowego, wystąpienie istoty redukującéj w moczu. W pierwszéj chwili wezwany

lekarz wypłukał energicznie żołądek a po przywiezieniu do szpitala wstrzyknięto choremu podskórnie kamforę, podano gorącą kawę i koniak; po kilku tygodniach samobójca wyzdrowiał. Działanie kw. szczawiowego zależy nietylko od ilości i zgęszczenia wprowadzonej trucizny, lecz także od stopnia wypełnienia żołądka pokarmami. Kobert i Küssner pierwsi wykazali w moczu istotę silnie redukującą, której powstanie Rabuteau tłomaczy wytwarzaniem się tlenku węgla z kw. szczawiowego i następowym cukromoczem. Dość często znajdujemy objawy zadrażnienia nerek, dające przy badaniu drobnowidowém i chemiczném moczu obok licznych kryształków szczawianu wapniowego zupełny obraz ostr. zapal. nerek. Obok miejscowego żrącego działania wpływa kw. szczawiowy w pierwszéj linii na mózg i rdzeń pacierzowy, co objawia się jużto stanem podrażnienia, już przygnębienia. Tak tłomaczymy sobie obniżenie parcia krwi nieregularne, zwolnione tętno a przez zadziałanie na ośrodek oddechowy zwolnione oddechanie. Udział sfery ruchowéj i czuciowéj środkowego układu nerwowego objawił się w opisanym przypadku wzmożonemi odruchami, kurczami tonicznemi i klonicznemi, an- i parestezyją. W lżejszych otruciach występują na pierwszy plan szczególniéj objawy żołądkowe, podczas gdy nerwowych brak, gdyż w takich przypadkach rozchodzi się o małe ilości i znaczne rozcieńczenie wprowadzonéj trucizny. (*Münch. med. Woch.* 1889. Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska.

IV. Posiedzenie naukowe z 30 marca 1889.

Przewodniczący: Dr. Merczyński Obecnych członków 35.

1. Kol. Barącz przedstawił chorego z promienicą ludzką (*actinomycosis*).

2. Kol. Ziembicki miał zapowiedziany wykład o nowéj metodzie operowania przetok cewkowo-odbytnicowych i przedstawił chorego (J. S. lat 26 z Synowódzka) na oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego metodą tą operowanego. Chory ten po doznanem przed 3-ma laty uszkodzeniu przez upadnięcie na wystający pręt żelaznego łóżka miał przetokę cewkowo odbytnicową wielkości grochu z brzegami zbliznowaciałemi z powodu nieudałych, dawniéj już kilkakrotnie próbowanych zabiegów chirurgicznych, która leżała na $2^1/_2$ ctm. po nad otworem stolcowym przy brzegu dolnym gruczołu krokowego. Zasada obecnie z dobrym wynikiem u tego chorego przeprowadzonej operacyi polega na tem, że kol. Z. oddzielił do około jak przy resekcyi lub amputacyi kiszkę stolcową na 6—7 ctm. ku górze, zeszył osobno odświeżone brzegi przetoki w cewce, a osobno w odbytnicy i następnie dla zniesienia dawnéj ciągłości przetoki umocował szwami do około otworu stolcowego kiszkę skręconą nieco około osi podłużnéj tak, że na miejsce zeszyte w cewce przypadła zupełnie normalna część ściany jelitowéj. Z powodu, że kol. Z. ma zamiar w całości umieścić ten wykład w *Przeglądzie Lekarskim*, dokładniejszego sprawozdania z niego nie podaję.

W dyskusyi kol. Wehr wątpi, czy zamierzone przesunięcie rozdzielonéj, a następnie osobno zeszytéj przetoki w ścianach cewki i kiszki odchodowéj przez umocowanie téj w położeniu około osi podłużnéj skręconem mogło się udać rzeczywiście i żeby ten moment miał stanowić główny czynnik pomyślnego wyniku operacyi. Odpreparowany kawałek kiszki stolcowéj był za krótki, ażeby na znaczniejsze skręcenie zezwolił, a wobec nieznacznego tylko skręcenia zeszyte miejsca w ścianie cewki i odbytnicy, albo wcale nie zmieniły dawniejszéj swéj ciągłości, albo też przesunięcie ich względem siebie mogło być tylko bardzo nieznaczne. Uznając jednak, że metoda kol. Z. jest nową i wobec dobrego rezultatu u przedstawionego, a nią operowanego chorego na dalsze zastosowanie zasługuje, uważa pożądanem, ażeby kol. Z. przeprowadził na zwłokach doświadczalne badanie co do stopnia możliwości takiego skręcenia prostnicy. W podobnym duchu przemówił też kol. Schramm. Kol. Ziembicki przeciwnie do podniesionej przez koll. W. i S. wątpliwości, czy umocowaniem odbytnicy w położeniu nieco skręconem około jéj osi podłużnéj udało się osiągnąć zamierzone, a dostateczne przesunięcie zeszytych miejsc przetoki w ścianach cewki i odbytnicy, nie wątpi wcale, że takowe nastąpiło już przez to, że jelito po przecięciu rozległych pasm bliznowych w okolicy przetoki musiało wskutek swéj kurczliwości i elastyczności zmienić swoją postać i to samo mogło być wystarczającem do uzyskania zamierzonéj dyslokacyi, która przez skręcenie jelita stała się jeszcze większą. Przeprowadzenie właśnie téj dyslokacyi zeszytych miejsc przetoki w ścianach cewki i odbytnicy i zniesienie dawnéj ciągłości przetoki uważa za główny warunek skuteczności użytéj przez siebie metody.

3. Kol. Lebedowicz przedstawił 30-letnią kobietę z oddziału chir. szpitala powszechnego z obrzękiem pasorzytowym wrodzonym w okolicy kości krzyżowej, dochodzącym obecnie po powolnem wzrastaniu do wielkości głowy człowieka dorosłego. Podstawa obrzęku szeroka, powierzchnia kulista nierówna, konsystencyja miejscami więcéj, miejscami mniéj twarda, nawet chełbocząca; skóra nad nim okazuje części ciemniéj zabarwione i nieco dłuższemi, rzadkiemi włosami okryte, a nadto kilka ropiejących, krótkich przetok. Badanie przez pochwę nie wykazało żadnéj nieprawidłowości.

4. Z kolei nastąpił wniosek kol. Krobickiego w sprawie bezpłatnego leczenia. Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 lipca. Od prof. Adamkiewicza otrzymaliśmy następujące pismo, które podajemy w całéj rozciągłości, trzymając się ściśle rękopisu:

Szanowna Redakcyjo!

W odpowiedzi na pismo prof. Browicza z d. 10-go lipca b. r. mam zaszczyt przesłać Szan. Redakcyi dosłowny odpis wyniku sekcyi z d. 8/12 1887 r., wykonanéj co do układu nerwowego w mojéj obecności przez p. Dra Hempla, asystenta katedry anatomii patologicznéj i mnie, przyczem nadmieniam, że oryginalne dokumenta tegoż (pisane na moje dyktando wprost przy sekcyi przez b. mojego asystenta Doktora Steinkellera) każdemu w każdéj chwili przedłożyć jestem gotów.

„Przy sekcyi pokazało się najprzód przy wyjmowaniu rdzenia przyrośnięcie jego od *Medulla oblongata* przez całą część szyjną. Po wyjęciu rdzenia pokazuje się zrośnięcie rdzenia przedłużonego z móżdżkiem tak, że móżdżek, raczéj tylna część robaka dolnego wcale się od dna czwartéj komórki oddzielić nie da. Po przekrojeniu móżdżku przez środek widzimy dno czwartéj komórki przyrośnięte do móżdżku, wolne tylko w okolicy *Calamus scriptorius*; daléj są zrosty w miejscu *Corpus quadrigeminum* i móżdżku tak, że się jedno od drugiego zupełnie oddzielić nie da. *Aquaeductus Sylvii* przez zrosty niedrożny. Przerost tkanki łącznéj w okolicy Lingula.

Zresztą cały mózg nie okazuje nic nieprawidłowego. Natomiast od *Calamus scriptorius* na dół cała część szyjna rdzenia mocno do **otoczenia** przyrośnięta, tak samo *Dura mater* do *Pia* i do rdzenia samego tak, że *duram matrem* odsłonić ani z przodu ani z tyłu nie można bez zniszczenia istoty rdzenia.

Z przodu *Dura mater* przyrośnięta jest całkiem do powierzchni rdzenia aż w okolicę III korzenia piersiowego. Potem da się od rdzenia oddzielić, choć nie zupełnie, bo tu i owdzie są jeszcze pojedyncze *adhesiae.* W przybliżeniu do części lędźwiowéj *adhesiae* te są coraz to rzadsze, a w okolicy części sakralnéj *Dura mater* całkiem wolna aż do *Cauda equina.* Z tyłu przyrośnięty przez całą część piersiową aż do III-ga korzenia (Przyrosty, których, jak prof. Browicz twierdzi „stanowczo“ nie było, badałem przez $1^1/_2$ roku, a preparata w moim zakładzie każdéj chwili oglądać można).

Cystitis suppurativa. Peritonitis localis (z tyłu) *ex perforatione. Abscessus subperitonealis cystitydis externae. Tuberculosis pulmonum. Caverna apicis sinistri. Degeneratio caseosa magnitudinis nucis in apice dextri. Tuberculosis disseminata pulmonum. Peribronchitis caseosa nodosa. Pneumonia hypostatica ambilateralis. Tuberculosis renum et intestini crassi* **minimi gradus**. (Ta część łacińska przez jednego z pp. asystentów Drowi Steinkellerowi została podyktowaną).

Sekcyja kolana (wykonana na moje specyjalne żą-

danie przez p. Dra Hempla przedemną) pokazuje powierzchnie stawowe gładkie i normalne. Jako przyczyny nieruchomości kolan w historyi choroby opisanéj, kontraktury ścięgien zginaczów, które nawet po śmierci sprostować kolan nie pozwoliła"

Co do dyskusyi, o któréj wspomina prof. Browicz, to niezawodnie pamięć go zawiodła, gdyż dyskusyja taka nie mogła mieć miejsca. Z szacunkiem *Adamkiewicz.*

Odpowiedź prof. Adamkiewicza udzieliliśmy prof. Browiczowi, który przesyła nam następujące swoje uwagi:

W sprostowaniu mojem, podanem w ostatnim numerze *Przeglądu*, poruszyłem tylko błędy i niedokładności w ogólnem rozpoznaniu anatomicznem przypadku ogłoszonego przez prof. Adamkiewicza, a co do układu nerwowego ograniczyłem się do twierdzenia, iż „zrośnięcia móżdżku i rdzenia przedłużonego z *foramen magnum*, tak, iż „oddzielenie ich było tylko możebnem przy pomocy noża," a „cały rdzeń przedłużony aż do mostu był jakby obmurowany masą tkanki łącznéj" stanowczo nie było, jak również i „tak silnego zrośnięcia rdzenia pacierzowego z kanałem kostnym kręgosłupa, że tylko za pomocą noża oddzielić się dał od niego."

W odpowiedzi jednak na powyższe sprostowanie prof. Adamkiewicza (któremu za ogłoszenie tego drugiego oryginalnego dokumentu, którego autentyczności zapewne prof. Adamkiewicz nie zaprzeczy, bardzo jestem wdzięczny), obowiązany jestem poruszyć także w własnym interesie opis mózgu i rdzenia, za który jedynie prof. Adamkiewicz jest odpowiedzialny, gdyż, jak w sprostowaniu mojem przytoczyłem, opisu mózgu i rdzenia w protokóle w zakładzie znajdującym się nie ma, a to z tego powodu, że za mojem zezwoleniem (jak to w sprostowaniu mojem podałem), prof. Adamkiewicz zaraz mózg i rdzeń po sekcyi zabrał.

Mamy więc jako podstawę dwa oryginalne dokumenty pisane ręką prof. Adamkiewicza, jeden powyżéj umieszczony według dyktanda jego własnego, jak sam prof. Adamkiewicz podaje, zredagowany i to, jak prof. Adamkiewicz mówi, wprost przy sekcyi, a drugi w *Nowinach Lekarskich* Nr. 7.

Na tych więc obu dokumentach wyłącznie się oprę.

1) Według dyktanda prof. Adamkiewicza: „Przy sekcyi pokazało się najprzód przy wyjmowaniu rdzenia przyrośnięcie jego od *medulla oblongata* przez całą część szyjną."

W *Nowinach* zaś: „Móżdżek i rdzeń przedłużony były bardzo silnie zrośnięte z *foramen magnum* tak, że oddzielenie ich było tylko możebnem przy pomocy noża."

2. Według dyktanda: „Po wyjęciu rdzenia pokazuje się zrośnięcie rdzenia przedłużonego z móżdżkiem tak, iż móżdżek, raczéj część tylna robaka dolnego wcale się od dna czwartéj komórki oddzielić nie da." (Czyż to możebne przy topograficznym stosunku robaka dolnego do dna czwartéj komórki!).

W *Nowinach:* Po wyjęciu całego mózgu z czaszki pokazało się, iż cały rdzeń przedłużony aż do mostu był jakby obmurowany masą tkanki łącznéj. Za pomocą téj masy łącznotkankowéj zrośnięty był móżdżek z rdzeniem przedłużonym tak, iż nie można było oglądnąć komórki czwartéj."

3) W dyktandzie: Po przekrojeniu móżdżku przez środek widzimy dno czwartéj komórki przyrośnięte do móżdżku, wolne tylko w okolicy *calamus scriptorius.*

W *Nowinach*: Tylko przez dokładne badanie można było stwierdzić, iż takowa (t. j. 4 ta komórka) w tyle przy *calamus scriptorius*, a z przodu przy *aquaeductus Sylvii* masą łączno-tkankową była zamknięta.

4) W obu opisach podane zrosty to przy *aquaeductus Sylvii*, około ciałka czworaczego zrośniętego z przednim brzegiem móżdżka, to przy *calamus scriptorius*, cała *lingula* jakby pogrzebana w przerosłéj tkance łącznéj, to dno czwartéj komórki czy z móżdżkiem czy z robakiem, a mimo to w *Nowinach* podaje prof. Adamkiewicz, że „komórka czwarta prawie prawidłowe stosunki przedstawiała."

5) W dyktandzie: „Natomiast od *calamus scriptorius* na dół cała część szyjna rdzenia mocno do otoczenia przyrośnięta."

W *Nowinach*: „Rdzeń pacierzowy był tak silnie zrośnięty z kanałem kostnym kręgosłupa, że tylko za pomocą noża oddzielić się dał od niego. Zrosty te sięgały od rdzenia przedłużonego aż do połowy części piersiowéj rdzenia pacierzowego."

6) W dyktandzie: „*Dura mater* przyrośnięta jest całkiem do powierzchni rdzenia, aż do trzeciego korzenia piersiowego."

W *Nowinach*: „Poniżéj, to jest od 6 go kręgu piersiowego nie było już zrostów (t. j. z kręgosłupem). O ile w swym przebiegu opona twarda zrośnięta z kanałem kręgowym, o tyle była także silnie zrośniętą z rdzeniem pacierzowym, (a więc do 6 go korzenia?) i „tworzyła z nim jakby jedną całość."

7) W dyktandzie: „W przybliżeniu do części lędźwiowéj *adhesiae* te są coraz rzadsze, a w okolicy sakralnéj *dura mater* całkiem wolna aż do *cauda equina*" (własny dyktat prof. Adamkiewicza, a gdzież leży *cauda equina?*)

8) W powyższem sprostowaniu, a więc w pierwszym oryginalnym dokumencie: „Sekcyja kolana (wykonana na moje specyjalne żądanie przez Dra Hempla przedemną) pokazuje powierzchnie stawowe gładkie i normalne. Jako przyczyny nieruchomości kolan w historyi choroby opisanéj kontraktury ścięgien zginaczów" (co to znaczy?)

W *Nowinach*: „Skrócone zginacze podudzi zamienione na postronki łączno-tkankowe.

Zgodność obu oryginalnych dokumentów ręką prof. Adamkiewicza pisanych jest aż nadto jasną.

Co do części łacińskiéj, która mieści nonsensa co do rzeczy i stylu, jako też bigos gruźliczy (niemniejszy podany w *Nowinach*), a która miała być podyktowaną przez jednego z moich asystentów (Dr. Krokiewicz, pierwszy asystent, pracował podówczas w zakładzie Kocha w Berlinie) dostateczną obroną Dra Hempla jest rozpoznanie anatomiczne w protokóle Nr. 748 z dnia 8 grudnia 1887 własnoręcznie przez Dra Hempla spisane, a które brzmi:

Cavernae ulcerosae lobi super. pulm. sinistri. Peribronchitis nodosa tubercul. lobi super. utriusque pulmonis. Pleuropneumonia crouposa lobi infer. pulm. dextri, oedema acutum pulm. sin. Degeneratio adiposa cordis atrophici, myocarditis fibrosa ad apices musc papill. circumscripta. Maculae lacteae epicardii. Degeneratio adiposa hepatis senilis. Tumor lienis subacutus. Cystitis et paracystitis purulenta subsequente peritonitide (opuszczony ropień w szczycie pęcherza wielkości orzecha laskowego, w tekscie opisany) *Pyelitis purulenta. Abscessus renum. Ulcera tuberculosa ilei.*

Porównywając wszakże nawet to mniemane, monstrualne rozpoznanie anatomiczne w oryginalnym dokumencie prof. Adamkiewicza w powyższem sprostowaniu podane z wynikiem sekcyi podanym przez samego prof. Adamkiewicza w *Nowinach*, znajdziemy:

1) W dzisiaj podanym dokumencie: *Tuberculosis intestini crassi minimi gradus.*

W *Nowinach*: w jelitach mnóstwo gruzełków (forma gruźlicy jelitowéj dotychczas nieznana!).

2. W powyższym dokumencie: *Cyst. suppurativa.*

W *Nowinach*: Zropienie wewnętrznéj ściany pęcherza (a może to ów *abscessus subperitonealis cystitydis externae. (? !)*

Podnieść w końcu warto pierwszy ustęp badania mikroskopowego, podanego w *Nowinach*:

„Na tumorze odróżnić można drobnowidowo dwie części, treść bezpostaciową i grubą torebkę ją pokrywającą. Treść ta ma wejrzenie nacieku drobnokomórkowego," (a przedtem bezpostaciowa!) „rozpadającego się. Za pomocą większych powiększeń można zwłaszcza na brzegu widzieć kontury tworów kulistych i strzępy faliste (a co to jest?!) Części środkowe téj treści wypełnione masą nekrotyczną jednolitą, rozpadającą się." Więc przy większych powiększeniach widać było masę nekrotyczną jednolitą, a przy słabszych wejrzenie drobno komórkowego nacieku?!

Oto „dokładny opis zmian anatomicznych," o którym prof. Adamkiewicz we wstępie do artykułu w *Nowinach* umieszczonego wspomina.

Co do końcowego ustępu powyższego przez prof. Adamkiewicza podanego sprostowania, czy mnie pamięć zawiodła i czy dyskusyja, o jakiéj w sprostowaniu mojem wspomniałem, mogła mieć miejsce, nie mam na to oryginalnych dokumentów ręką prof. Adamkiewicza redagowanych.

Z poważaniem: *prof. Browicz.*

* Na posiedzeniu najwyższéj Rady sanitarnéj, odbytem d. 13 b. m. radzca dworu Dr. Kusy zdał sprawę z obsadzenia opróżnionéj posady referenta sanitarnego we Lwowie. Jest więc nadzieja, że ważna ta posada wkrótce obsadzoną zostanie.

* W Krynicy do d. 15 bm. bawiło gości 1961, w Cieplicach czeskich do dnia 17 b. m. 3694, w Żegiestowie 343.

* **Zakopane** 23 lipca. Zakład tutejszy wodoleczniczy Dra Chramca cieszy się wielkiem powodzeniem i słusznie, ponieważ położony w pięknéj miejscowości, odpowiada wszelkim wymogom nowoczesnym, a przewyższa podobno zakłady zagraniczne taniością, a głównie wiktem dobrym i smacznym. W téj chwili zakład jest przepełniony tak, że właściciel rozszerzywszy go niedawno, będzie zmuszony przystąpić do dalszego rozszerzenia na rok przyszły, przez wystawienie kilku domków obok gmachu głównego. Pobyt w zakładzie wszyscy pacyjenci chwalą sobie nadzwyczaj, a zwłaszcza są zadowoleni z ciągłéj opieki, jaką otacza się światły i uprzejmy kierownik. Miło nam, że zakładowi krajowemu możemy wyrazić uznanie, a powodzenie, którego doznaje, najlepiéj świadczy o tem, że pochwała jest zasłużoną.

L. B.

* **Francyja.** Wśród powodzi międzynarodowych kongresów, które obecnie odbywają się w Paryżu, posiedzenia kongresu Praw kobiety zwracają na siebie uwagę publiczności francuskiéj. Lekarka pani Conta miała odczyt: O równości anatomicznéj obu płci. Studentka Frinkind mówiła: O położeniu kobiety w Polsce. Lekarka Kathe Nitchell, mając na względzie kobiety angielskie, wystąpiła z rozprawą przeciw nieumiarkowaniu i opilstwu. Powzięto kilka uchwał w rodzaju takich, jak zburzenie więzienia św. Łazarza, skasowanie prawa zabraniającego dochodzenia ojcowstwa i t. d. Nieraz zapał unosił mowczynie i padały takie argumenta: „jakim sposobem mężczyzna ma mieć większe prawa od kobiety, która go na świat wydała."

W Paryżu odsłonięto w tych dniach pomnik Raspaila; przy wyliczaniu jego zasług naukowych podniesiono z naciskiem w tonie chwili obecnéj, zwycięską walkę Raspaila o zdobycie prawa powszechnego głosowania.

Wkrótce w miasteczku La Barre ma stanąć pomnik sławnego okulisty XVII stulecia, wynalazcy operacyi zaćmy, Jacka Daviela.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** W miejsce prof. Krafft-Ebinga Wydział lekarski przedstawił 3 kandydatów w następującéj kolei: Wagnera z Wiednia, Tuczka z Marburga i Hollzendra z Wiednia. — **Praga.** Wniosek Wydziału lek. niemieckiego względem zamianowania asystenta Dr. Krausa następcą Kohlera zwrócony został Wydziałowi przez Ministra, z wezwaniem przedstawienia trzech kandydatów. — **Bonn.** Otyjatra prof. Weber-Siel po dłuższéj chorobie powrócił do swych zajęć.

* **Nekrologija.** Asystent prof. Ludwiga we Wiedniu Dr. Schilder umarł w 30 roku życia, a w Strasburgu umarł Dr. Paweł Meyer, docent prywatny i asystent Kussmaula.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 28: Zieleniewskiego: Rys balneotechniki (c. d.) — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Przemówienie Dra Dziedzielewicza w Stryju; Korpusy wakacyjne; Zjazd gimnastyków w Paryżu; Ćwiczenia na poręczach (c. d.); Wycieczka do Stryja.

W zastępstwie redaktora: Dr. A. Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 3 Sierpnia 1889. Nr. 31.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale.

Podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Hercogowinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Ilościowo pojawianie się prątków durowych w kale nadzwyczaj licznym ulega wahaniom; w pierwszych dniach pojawienia się ilość znalezionych kolonij względnie jest nader nieliczną, gdyż przyjąwszy, że przez zmięszanie 1 ctm.³ kału z 50 ctm.³ wody zjałowionéj dostateczna, ilość prątków tych, ze swych skupień uwolniona w mięszance się znachodziła, nie udawało mi się w pewnych dniach choroby na płytkowych hodowlach, do których 0·1 ctm.³ mięszanki użyto, więcéj jak 5 typowych kolonij wykazać.

Kał oddany, lub za pomocą jałowego cewnika z odbytnicy wydobyty, w odróżnieniu od kału normalnego lub w zwykłych zaburzeniach czynności jelitowych oddawanego, zawiera względnie małą ilość grzybków pożywkę gelatynową rozpuszczających, na który to szczegół poprzednio już zwrócił był uwagę Seitz [14]), a co według badań Eschericha [15]) główną przyczynę ma w téj okoliczności, że dyjeta osób gorączkujących mierną ilość przetworów za pożywkę grzybkom służących zawiera. Codziennie przedsiębrane badanie kału drogą hodowli płytkowych lub obrotowych pouczyło mnie, że ilość znachodzących się prątków durowych stale się zwiększa, a z pojawieniem się stolców krwawych, będących wyrazem głęboko sięgających wrzodów kiszkowych, ilość tychże największą bywa. W 470 hodowlach płytkowych lub obrotowych, przedsiębranych wspólnie z weterynarzem wojskowym p. Pelzerem, udało mi się zaledwie 7 razy znaleźć więcéj jak 100 typowych kolonij prątka durowego przy użyciu 0·1 ctm.³ wyżéj podanéj mięszaniny z kału i wody, a owe 7 hodowli przedsiębrano z kałem 2 pacyjentów w 15. i 17. dniu choroby, u których równocześnie pojawiły się krwotoki kiszkowe. Badanie bakteryjologiczne kału na prątki durowe przedstawia z natury rzeczy dość znaczne trudności, przedsiębranie znacznéj liczby hodowli na pożywce ziemniaczanéj jest nieodzownem i wiele czasu zajmującem, a to głównie z téj przyczyny, że kał durowy nader wiele zawiera grzybków przypominających, lub nawet podobnych z wejrzenia swych kolonij do prątków durowych. Tu prątek Eschericha: *bacterium coli commune*, nadto liczne grzybki okrągłe do częstych pomyłek prowadzą; tu jedynie dalsze przeszczepianie i hodowla, oraz ciągła kontrola mikroskopu uchronić od nich mogą.

Równocześnie z opadnięciem ciepłoty i poczynającą się zmianą zbitości kału ilość znachodzących się w kale prątków durowych zmniejszać się poczyna. W jednym przypadku, gdzie w 10-tym dniu choroby ilość kolonij prątka durowego w kale wcale znaczną była, gdzie w 16-tym dniu ilość tychże na płytkowych hodowlach, do których 0·1 ctm.³ wyż podanéj mięszanki z wody przekroplonéj i kału zużyto, jeszcze 32 wynosiła, w 24-tym dniu choroby, nie byłem w stanie na 11 płytkach ani jednéj wykazać.

Podobnych przypadków między owymi 21 mógłbym naliczyć jeszcze 7, we wszystkich zaś mogę 23-ci dzień choroby przyjąć za ostateczny termin pojawiania się grzybków w kale. Jedynie w jednym przypadku znalazłem je jeszcze w 36 tym dniu choroby, w tymże jednak brakło ich już w 22. dniu, a w 34-tym mogłem ponowny nawrót choroby skonstatować.

Jak wiadomo, zwykł się kał płynny durowy, zachowany w cylindrach szklannych po pewnym czasie warstwowo układać. Mimo licznych w tym kierunku przedsiębranych doświadczeń nie udało mi się wybitnych lub stałych różnic między ilościowem pojawianiem się prątków durowych w rozmaitych warstwach wykazać, dla tego też przed wyjęciem próbki użytéj do badania, całą ilość oddanego kału dokładnie mięszałem.

W toku doświadczeń tych nasunęło mi się zresztą całkiem uzasadnione pytanie, które sobie zapewne każdy z czytelników postawił: czy wykazanie prątków durowych w kale może mieć znaczenie jako środek praktyczny, rozpoznanie ułatwiający. Po licznych doświadczeniach w tym kierunku przedsiębranych ośmielam się uważać wykazanie prątków durowych w kale jako środek, względną tylko wartość mający.

Kto dostateczną wprawę w badaniu bakteryjologicznem posiada, komu urządzona własna lub publiczna pracownia stoi do usług, dalej dla celów naukowych, klinicznych, wykazanie prątków durowych w kale ważnym być może czynnikiem dyjagnostycznym, a niekiedy i być musi; dla celów praktycznych wartość środka tego jest minimalna, bo uważanym on być musi jako całkiem bez korzyści.

Bakteryjologii z książek, ba nawet z owych świetnych 3—6 tygodniowych kursów w Berlinie nauczyć się nie można, bo te co najwyżej mogą być podnietą do zainteresowania się przedmiotem, mogą znaczne oddać usługi przy wczytywaniu się w odnośną, a na badaniu bakteryjologicznem opartą literaturę, ale grubo pomyliłby się ten, ktoby na takiéj podstawie zabrał się do samoistnych badań, nie uchroniłby się od tysiącznych pomyłek, jakie improwizowanie badania bakteryjologicznego za sobą koniecznie pociągnąć musi, pomyłek i błędów, jakie jedynie dłuższa wprawa i doświadczenie nabyte, oraz ścisła krytyka własnych wyników usunąć są w stanie. Kiedy przed laty groza postępu epidemicznego cholery dała pochop do kursów kilkutygodniowych, do których po kolei wszystkich lekarzy wojskowych i publicznych w Niemczech powołano, spodziewano się po kroku tym za wiele, bo spodziewano się, że lekarz po kursie tym, opatrzony mikroskopem odpowiednim, sprowadziwszy sobie od firm berlińskich gotową pożywkę zjałowioną, bez pracowni i skomplikowanych przyrządów, zastępując n. p. zjałowienie płytek prostem, silnem ogrzaniem tychże nad lampą spirytusową, zastępując owe t. z. mokre komory (*feuchte Kammer*) dwoma przylegającemi talerzami etc., samodzielnie do badania kału w podejrzanych wypadkach zabrać się będzie mógł i dostateczną wprawę posiadać może. Już po dwu latach okazała się niedostateczność środka tego, który raczéj do zbałamucenia niż do niezachwianych wyników prowadzić może, a kto miał sposobność pracowania bez dostatecznych środków i pomocy, był swoim własnym pomocnikiem, był zmuszony sam sobie pożywkę przyrządzać, sam zjałowienie téjże i przyrządów przeprowadzać, kto był w stanie dostatecznéj jedynie doświadczeniem nabyć wprawy w badaniach tych, snadno przyzna mi, że do badania bakteryjologicznego kału, szukania w hodowlach środka dyjagnostycznego, niepodobna zabrać się lekarzowi praktycznemu, choćby nawet na wolnym nie zbywało mu czasie.

Wykazanie prątków durowych w kale drogą hodowli nieskończenie więcéj przedstawia trudności od zbadania plwocin na prątki gruźlicze, lub moczu na wałeczki szkliste; codziennie niemal pojawiające się prace inauguracyjne z uniwersytetów niemieckich, owe liczne po rozlicznych pismach lekarskich rozsiane publikacyje z tegoż zakresu, w znacznéj części miernéj wartości, dają dostateczny dowód, do czego brak dostatecznéj wprawy i doświadczenia, brak krytyki wyników własnych prowadzą.

Ale czas mi do właściwego powrócić przedmiotu. Równocześnie z dopiero co opisanemi doświadczeniami podjąłem badanie nad zachowaniem się żywotności prątków durowych w kale po wydaleniu tegoż z ustroju, badania, jak mi się zdawało, dla hygijeny społecznéj, dla kwestyi kanalizacyi niezaprzeczonego, a wielkiego znaczenia. Jeżeli bowiem prątki durowe wydalone z ustroju wnet w kale giną i, jako nieposiadające zarodników zupełnie obumierają, natenczas niebezpieczeństwo grożące z téj strony, możliwość powstawania epidemij na tle źle urządzonych lub niedostatecznie oczyszczonych zbiorników kałowych byłoby minimalne. Poszukiwania moje w tym kierunku były już na ukończeniu, kiedy pojawiła się praca prof. Uffelmanna [16]) z Rostoku w powyższym temacie, praca niezaprzeczalnego dla znajomości bijologii prątka durowego w ogóle znaczenia, która jednak z powodu niekoniecznie dobranego sposobu badania nie da się w wynikach moich do zwykłych warunków, z jakiemi koniecznie liczyć się musimy — przyłożyć. Prof. Uffelmann dodawał do normalnego stałego lub papkowatego kału rozmaite ilości hodowli prątków durowych, rozcieńczał moczem prawidłowego oddziaływania i składu i zachowawszy w rozmaitéj ciepłocie badał drogą metody płytkowej, jak długo w mięszance téj prątki durowe żywotność swoją zachowywać są w stanie. Jeżeli z badań tych wypływa, że prątki durowe zmięszane z kałem, aż do $5^1/_2$ miesięcy żywotność swoją zachowują, to są to piękne wyniki, jeżeli rozchodzi się o bijologiję prątków tych w ogóle, nie można ich jednak stosować do stosunków ogólnych, bo nie uwzględniono przy badaniu, że mogą być jeszcze całkiem odmienne warunki, nie dozwalające bezwarunkowo przenoszenia doświadczenia laboratoryjalnego w przyrodę, nie uwzględniono w pierwszéj linii téj ważnéj okoliczności, że nawet „mierne ilości“ hodowli rosołowéj prątków durowych nie mogą być porównane z ilością tychże, jaka z kałem durowym opuszczając ustrój w zmienione warunki bytu, w zawartość kanałów lub ziemi przechodzi.

Zabierając się do moich doświadczeń, starałem się warunki zbliżyć możliwie do tych, jakie się w przyrodzie znachodzić mogą i jako nieodzowne wydawało mi się przeprowadzenie doświadczeń, o ile, a raczéj jak długo prątki durowe, w kale osób durem dotkniętych, zachowanym przy rozmaitéj ciepłocie, żywotność swoją zachować są w stanie.

W tym celu zachowywałem cały szereg kałów durowych z rozmaitych dni choroby kilkunastu pacyjentów, po poprzedniem stwierdzeniu drogą hodowli znachodzenia się w tychże prątków durowych w kolbkach oczyszczonych i jałowych przez dłuższy przeciąg czasu i w dwudniowych odstępach badałem, o ile ilościowo znachodzenie się prątków owych zmianie ulega. Kolbki takie zachowywałem w ciepłocie pokojowéj (16 do 32° C), lub znacznie niższéj piwnicznéj (8—12° C.).

Jako wynik bardzo licznych poszukiwań znalazłem:

1) Że prątki durowe znachodzące się w kale osób durem dotkniętych nie zachowują w tymże żywotności swéj nad miesięcy 3.

2) Że ciepłota, w jakiéj kały przechowane były, nie ma żadnego wybitnego wpływu na żywotność prątków.

3) Że znachodzenie się w kale grzybków rozpuszczających,pożywkę galatynową grzybków z grupy *Proteus* (Hauser) lub *Bacillus saprogenes* (Rosenbach), wreszcie *Bacterium graveolens* (Bordoni Ufreduzzi) wpływa niszcząco na grzybki durowe i czas trwania żywotności tychże znacznie skraca.

Oddziaływanie kałów durowych do badania użytych było bez wyjątku alkaliczne i mimo kilkomiesięcznéj obserwacyi zmianie nie uległo, w którym to przeciągu czasu jedynie małą zmianę w zbitości, t. j. dokladniejsze oddzielanie się części stałych od płynnych, co najwyżéj zauważyć byłem w stanie. Ilość znachodzących się pierwotnie w kale grzyb-

ków durowych, jeżeli kał grzybków z grupy *Proteus* pierwotnie nie zawierał i w ciepłccie pokojowéj zachowanym był, zrazu się zwiększa, bo niejednokrotnie miałem sposobność spostrzegania, że w kale, który pierwotnie małe ilości grzybków durowych zawierał, po upływie miesiąca ilość tychże stosunkowo bardzo była wielką (1800 kolonij na 0·1 ctm.³ kału), jednakowoż już w drugim miesiącu ilość ta znacznie zmniejszać się poczyna. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Podał

Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Landerer zgodnie z zasadami swéj teoryi mięśniowéj co do powstania skolijozy zwraca leczenie przeciw osłabieniu mięśni grzbietowych i stosując mięsienie jako ugniatanie, klepanie (tapotement) i głaskanie po obu stronach kręgosłupa, przeważnie zaś, po stronie wklęsłéj krzywizny, stara się zarazem za pomocą redressowania przywrócić prawidłowy kształt skrzywionego kręgosłupa i klatki piersiowéj. Landerer przejął w ten sposób z postępowania gimnastyków szwedzkich jedynie część drugą, według ich zdania mniéj ważną, bo tylko pomocniczą a polegającą na ruchach biernych, upatrując w mięsieniu wpływ znacznie szybszy i korzystniejszy na odżywianie i działalność mięśni niż przy użyciu gimnastyki. Pod grozą zgubnych skutków leczenia skolijozy za pomocą gorsetów ogranicza użycie ich jedynie do daleko posuniętych przypadków i osiąga, w ten sposób postępując, jak twierdzi, pomyślne rezultaty. Lorenz uważając uruchomienie skrzywień kręgosłupa jako pierwszy warunek skutecznego leczenia skolijozy przystępuje przedewszystkiem do gwałtownego redressowania skrzywienia metodycznie stosowanego za pomocą tak zwanéj suspensyi bocznéj. Wypukłością krzywizny kładzie się chory na drążek należycie wyścielony a umieszczony między oddrzwiami i uchwyciwszy ręką za pierścień lub pętlę sznurka umocowanego w podłodze zawiesza się teraz bocznie tak, że stopy wolno zwisają. W ten sposób wobec skolijozy w odcinku piersiowym na prawo przychodzi po zawieszeniu bocznem do wygięcia się kręgosłupa w stronę przeciwną, tak, że albo następuje wyrównanie albo nawet jeśli skolijoza jest nieco więcéj ruchoma powstaje wykrzywienie odcinka piersiowego na lewo. Skrzywienie w odcinku lędźwiowym zostające równocześnie pod wpływem zawieszenia pionowego skutkiem zwisania kończyn dolnych w ten sposób ulega wyrównaniu. Siłę redressyjną działającą w kierunku skośnego wymiaru klatki piersiowéj wzmocnić nadto można przez ucisk ręki płasko ugniatającéj i wówczas udaje się u dzieci zmienić zupełnie kształt elastycznéj, skolijotycznéj klatki piersiowéj, który jednak po ustaniu sił działających wraca znowuż do dawnego stanu. Postępowanie to dość przykre i bolesne przynajmniéj z początku dla chorych a uciążliwe dla lekarza wymaga dla uruchomienia skrzywień sztywniejszych często paru miesięcy czasu, wobec zaś skrzywień zupełnie ustalonych jest bezowocnem. Tam gdzie uruchomienie daje się osiągnąć, łuk skrzywienia wyrównywa się w zupełności pod wpływem zawieszenia chorego za głowę w położeniu vertikalnem, zmiany w kształcie żeber utrzymują się jednak w tym samym stopniu. Razem z uruchomieniem skrzywienia kończy się kres metodycznego redressowania za pomocą zawieszenia bocznego i następuje zadanie utrzymania dokonanéj poprawy, jako też wyrównanie przynajmniéj w części zmian w kształcie kości, jak długo elastyczność kości i nieukończony ich rozrost na to pozwala. Temu celowi sprostać mają opatrunki, podane przez Lorenza, które on nazywa opatrunkiem bocznie naciągającym i uciskowym a przypisuje im nawet działanie, które z korzyścią na poparcie dokonywającego się bocznem zawieszaniem uruchomienia wywierają. Opatrunek Lorenza bocznie naciągający a raczéj przepychający tułów na miednicy w stronę przeciwną téj, ku któréj przesuwa się on skutkiem skolijozy, zmierza jedynie do poprawy bocznego wygięcia kręgosłupa i łącznie z redressowaniem w zawieszeniu bocznem korzystne oddaje usługi. Przeciw skrzywieniu klatki piersiowéj zaś stosuje Lorenz opatrunek uciskowy z opasek gipsowych zlepiony, w którym za pomocą podkładek filcowych na wyniosłościach żeber umieszczonych i w wymiarze skośnym klatkę piersiową ugniatających przeinaczenie jéj kształtu stara się sprowadzić.

Wobec skolijozy pierwotnéj w odcinku lędźwiowym kręgosłupa posługuje się Lorenz tak nazwanym przez niego opatrunkiem pasowym (*Gürtelverband*), pod którego działaniem skolijoza lędźwiowa ulega przeobrażeniu w skrzywienie wypukłością swą w stronę przeciwną zmierzające. Jako zalety opatrunków swych obok skutecznego działania na skrzywienia skolijotyczne podnosi Lorenz z powodu ich nieznacznéj wysokości uwolnienie górnéj połowy klatki piersiowéj od pokrycia gorsetem, a nadto lekkość ich i brak wszelkich dolegliwości przy noszeniu.

Fischer opisał w ostatnich czasach wyniki, które osiągnął za pomocą nowéj metody, polegającéj na obciążaniu jednostronnem skrzywionego kręgosłupa za pomocą ciężarów na pętli elastycznéj zawieszonych. Pod wpływem ciężaru dochodzącego od 10 do 80 klgr. wagi stosownie do wieku, rozwinięcia ciała i czasu trwania leczenia następuje przetoczenie tułowia w kierunku wypukłości skolijozy, żebra po stronie wypukłéj ulegają przypłaszczeniu, po stronie przeciwnéj zaś żebra płaskie zostają wygięte ku tyłowi. Przez ten sposób redressowania, który uwzględniając torsyję skolijotycznego kręgosłupa przeciwko niéj jest wymierzony, dokonywa Fischer zarówno uruchomienia kręgosłupa, jako też wyrównywa zmieniony skolijozą kształt klatki piersiowéj znosząc równocześnie skrzywienie boczne kręgosłupa. Szereg procedur przy rozmaicie modyfikowanem pociąganiu zawieszonego ciężaru, celem wywarcia nadto ucisku na zboczony kręgosłup lub na spłaszczone żebra wiąże się naprzemian z ćwiczeniami gimnastycznemi, stosowanemi metodycznie dla wzmocnienia mięśni grzbietu, karku, brzucha i miednicy. W końcowym ustępie swéj rozprawki stwierdza Fischer, że działaniu jego metody żaden przypadek skolijozy oprzeć się nie może, a chociaż w zastarzałych przypadkach zupełne przywrócenie stanu prawidłowego osiągnąć się nie daje i w tych razach jednak zyskuje się zmniejszenie oszpecenia i zwolnienie narządów klatki piersiowéj od ciążących na nich wpływów zniekształconego szkieletu. Wobec osiągniętych rezultatów zwraca się Fischer z wyrokiem potępienia ku opatrunkom ustalającym, wołając „precz z gorsetami". Czy pod wpływem pierwszych powodzeń wydany sąd z czasem nie dozna pewnych zastrzeżeń? na razie trudno rozstrzygnąć; to pewna jednak, że mozolna, nie zawsze skuteczna droga leczenia skolijozy niejednokrotnie jeszcze obudzi chęć szukania nowych sposobów i środków. To też wobec niezmiernych często trudności i niedomogi

dotychczasowego leczenia skolijozy tem pilniéj należałoby przestrzegać prawideł i ostrożności zapobiegawczo działających w kierunku tego zboczenia. Gruntowna zmiana dotychczasowego systemu wychowania dziewcząt podlegających najczęściéj skolijozie, wzgląd na stronę fizyczną kształcących się dzieci, odpowiednie urządzenie ławek w szkołach i instytutach wychowawczych, ograniczenie zajęć z siedzeniem połączonych i odpowiedne skrzepianie ciała w latach rozrostowych przyczyni się niezawodnie do przetrzebienia tego kalectwa, które nie będąc cierpieniem w ścisłym tegoż słowa sensie znaczeniem swem dla zwichniętego życia jednostki ponad szereg wielu cierpień się wznosi. Razem z głębszem zbadaniem momentów przy powstaniu skolijozy czynnych, baczniejszą też zwrócono uwagę na system ławek i stołków szkolnych i z uznaniem powitać należy zmiany dokonane w dobrze urządzonych zakładach na zasadzie wskazówek wytkniętych przez Fahrnera, Kunzego, Dollmayra i innych, jako też odezwy jak Esmarcha pouczające rodziców i nauczycieli o należytem urządzeniu siedzenia przy zajęciach szkolnych. Że zarówno i lekarz nierzadko zajdzie w to położenie, iż uwzględnić winien odpowiednie ułożenie przy siedzeniu dziecka powierzonego jego pieczy, streszczę tu pokrótce główne zasady, na których opiera się należycie urządzona ławka szkolna. Odległość siedzenia od podstawy, na której opiera się stopa, winna wynosić 2/7 wysokości ciała t. j. tyle, ile liczy długość podudzia mierzona od dołu podkolanowego do podeszwy. Płyta siedzeniowa ma być tak szeroka, ile wynosi długość uda od dołu podkolanowego do grzbietu mierzona. Odległość między płytą stołu a siedzeniem w kierunku wysokości powinna tyle wynosić, ile mierzy odległość łokcia od siedzenia z dodaniem nadto kilku centymetrów, ze względu na to, że łokieć przy ruchach ramienia wprzód nieco ku górze się wznosi. Oddalenie poziome tylnego brzegu płyty stołowéj od siedzenia ma być ujemne t. j., przedni brzeg deski siedzenia winien podsuwać się 2—3 cm. pod płyłę stołową która nadto winna być lekko nachylona ku desce siedzeniowéj. Wreszcie siedzenie winno być zaopatrzone w oparcie dla dolnéj części grzbietu, które ma sięgać aż do wysokości kręgosłupa lędźwiowego albo nawet nieco wyżej i podpierać go w czasie pisania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z praktyki prywatnéj.

Tężec urazowy 7-go dnia po zranieniu.

Dnia 30 maja b. r. zawezwano mię na wieś do Siedliszowic, o 2 mile od Żabna odległych. Wieśniak prosząc mnie do chorego, zawiadomił mnie o przypadku temi słowy: „Kobieta wczoraj ziewnęła i już więcéj ruszać gębą nie może.“ W pierwszéj chwili myślałem o zwichnieniu szczęki, ale, że na wywiadach szczególniéj ludzi prostych polegać nie można, zabrałem przeto trochę narzędzi chirurgicznych, leki i środki przeciwgnilne. W niespełna 2 godziny stanąłem u celu.

W ciemnéj i nie do wytrzymania dusznéj izbie leżała kobieta, około 56 lat mieć mogąca, dość dobrze odżywiona. Twarz, a szczególnie policzki żywo zarumienione, oczy błyszczące, źrenice nieco zwężone, gałki obie przedstawiają lekki zez zbieżny. Twarz, czoło, szyja i klatka piersiowa pokryte obfitym potem. Szczęki obie bezzębne, prawidłowo ustawione, lecz z niesłychaną siłą zwarte.

Mięśnie twarzy, a mianowicie żwacze w stanie skurczu, rysują się wybitnie przez skórę, o zbitości deski; to samo tyczy się mięśni karku i szyji, w szczególności mięśnia mostko-sutko-obojczykowego. Ruchy czynne głową, karkiem i szyją zniesione, bierne do *minimum* ograniczone. Chora wydaje od czasu do czasu syki i charczenia niewyraźne, porozumienie odbywa się na migi. Ciepłota 39·2, tętno 120, tętnica miernie napięta. Reszta mięśni ciała wolna od skurczu.

Wśród badania więc przyszedłem do przekonania, iż tu o inne cierpienie się rozchodzi, a odsłoniwszy kończyny dolne, dostrzegłem podudzie lewe szmatą owinięte. Teraz dopiero oświecił mnie mąż choréj, że przed tygodniem belka z dachu się usunęła, zraniła żonę, lecz się na nogę nie uskarża.

Po zdjęciu z chustki białéj i „babki“ złożonego opatrunku spostrzegłem: na podudziu lewem, prawie w połowie jego długości i powierzchni przedniéj, płat skóry barwy zielonkowato-czarnéj, kształtu owalnego, a raczéj eliptycznego, wielkości dłoni dorosłego mężczyzny. Płat ten przyczepiony był do skóry prawidłowéj w 3-ech tylko miejscach za pomocą pasemek tkanki tłuszczowéj i łącznéj, jeszcze stan prawidłowy okazującéj. Zresztą luźno daje się w całości prawie przesuwać i uchwycić w szczypczyki, co razem przedstawia typowy obraz zgorzeli po wytworzeniu się linii demarkacyjnéj. Płat szybko usunąłem, poczem okazał się znaczny ubytek w tkance podskórnéj, sięgający aż do tkanki mięsnéj. Ubytek pokryty szarą miazgą, cuchnącą, tu i owdzie utrzymana tkanka tłuszczowa, skrzepy czarne krwi i odsłonięte naczynia zaczopowane. Części zgorzelinowe usunąłem, ranę po 3-kroć przestrzykałem sublimatem i założyłem ściśle przeciwgnilny opatrunek.

Po zabiegu tym uczuła chora ulgę, a ja musiałem myśleć o usunięciu tężca. Chodziło mi naturalnie, jeżeli nie o zniesienie takowego, to przynajmniéj o ulgę choćby chwilową dla wygłodzonéj i wijącéj się w strasznych męczarniach kobiety. Rozpocząłem narkozę. Po zużyciu całego zasobu czystego chloroformu, t. j. 40 grm., udało mi się zaledwie tyle, iż pomiędzy szczęki piórko gęsie wprowadzić zdołałem. Zachęciłem chorą, aby zaraz mleko za pomocą piórka wciągać usiłowała, po pierwszéj jednak próbie powstała tak wielka duszność, iż o wszelkich dalszych zabiegach w ogóle mowy być nie mogło, szczęki zaś do tyła już rozwarte, napowrót się z pierwotną siłą zwarły. Musiałem tedy zrezygnować z mych dobrych chęci, które przeszło 2 godziny trwały, poleciłem środki odwodzące, lewatywy odżywcze i takież z wodnika chloralu. Rokowanie brzmiało najniepomyślniéj, a chora na 2-gi dzień po odjeździe mym wieczorem zmarła.

Podaję przypadek niniejszy do wiadomości publicznéj, gdyż sądzę, iż podobne w praktyce prywatnéj do częstych nie należą, a w szczególności dla tego, aby się z ochotą dowiedzieć o nowych a dzielnych środkach zaradczych, którebym z miłą chęcią do wiadomości swéj przyjąć i w danym razie zastosować pragnął. Dla lekarza bowiem praktykującego zdala od naszéj *Alma Mater* byłoby to rzeczą zawsze co najmniéj wielce pożądaną. *Dr. Cymbler* w Żabnie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Mett: Przyczynek do kwestyi wpływu nerwów na wydzielinę trzustki.

1. Zadrażnienie nerwu błędnego sprowadza zawsze zwiększenie w soku trzustkowym zakisu działającego na białko. 2. Przy podrażnieniu nerwu błędnego u zwierząt głodzonych wydziela się sok, posiadający często znaczną zdolność trawienia białka, gdy tymczasem wyciąg z takiéj trzustki (podług Lewaszowa) zupełnie nie działa na białko. 3. Podrażnienie nerwów trzewiowych zmniejsza, a często i zupełnie znosi zawartość trypsyny w soku. (*Wracz* 1889, Nr. 15).

A. W.

Patologija.

Masiutin: Przyczynek do kwestyi rozpoznawania aktinomykozy.

Ze względu na coraz bardziéj zwiększającą się liczbę przypadków aktinomykozy, opisywanych w literaturze, zbadał autor plwociny 42 suchotników na obecność w nich grzyba promienistego. U 15 chorych, którzy mieli niewątpliwie gruźlicę i z których 10-ciu już umarło, znalazł on w plwocinach bryłki, złożone z tworów kolbowatych tak podobnych do grzyba promienistego, że z początku rozpoznał on nawet na

podstawie tego aktinomykozę i dopiero po skrupulatniejszem badaniu przekonał się o mylności swego rozpoznania. Twory te znajdowały się w grudkach plwocin, które były złożone z mas serowatych, włókien elastycznych i w ogóle przedstawiały produkta rozkładu miąższu płucnego. Bryłki miały kształt okrągławy, owalny albo nieregularny i składały się z kolbek promienisto ułożonych. Wielkość ich odpowiadała wielkości bryłek grzyba promienistego i obie te postacie były bardzo podobne do siebie nie tylko pod względem zewnętrznego wejrzenia, ale i pod względem oddziaływań chemicznych, tak n. p. nie rozpuszczały się one w wodzie i alkoholu, łatwo zaś w eterze. W zimnym 1%—5% rozczynie wodnika potasowego rozpuszczały się zupełnie dopiero po 1—2 godzinach, ale za to w rozczynie wrzącym znikały natychmiast, chociaż trzeba zaznaczyć, że nie wszystkie bryłki zachowywały się jednakowo pod wpływem odczynników. Rozmaicie też zachowywały się one względem barwników, a i tu przedstawiały znaczne podobieństwo do grzyba promienistego. Hodowle ich nie udawały się autorowi. Nie są to więc istoty uorganizowane, lecz jakieś wytwory chemiczne, które się wydzielają w postaci kolbek i według autora są to prawdopodobnie pewne, nie znane jeszcze odmiany leucyny. Kluczem do wytłómaczenia powstawania tych tworów było dla autora spostrzeżenie, że w plwocinach takich zauważył jeszcze włókna elastyczne obsadzone osadem, albo w postaci zbitéj warstwy, albo też w postaci kolbek i wyniosłości, (co jeszcze przedtem spostrzegał Odo Bujwid) podobnych tak pod względem wejrzenia jak i oddziaływania do powyżéj opisanych bryłek. Cały ten obraz przedstawia się więc w ten sposób, że prawdopodobnie wydziela się pewna istota chemiczna albo naokoło włókien elastycznych, albo też zupełnie wolno w postaci naśladującéj kształty grzyba promienistego. Dla odróżnienia opisanych tworów od grzyba może służyć: 1. Zachowanie się ich względem wrzącego rozczynu wodnika potasowego, pod wpływem którego 1-sze rozpuszczają się natychmiast, 2-gie zaś albo zupełnie się nie rozpuszczają, albo znacznie trudniéj. 2. Obecność włókien elastycznych obłożonych osadem. (*Wracz* 1889, Nr. 19). *A. W.*

S. Gruzdiew: **O zmianach soku żołądkowego w gruźlicy.** Autor obserwował 10 chorych w rozmaitych okresach gruźlicy i uskutecznił 64 wypróżnień soku żołądkowego, badając jego kwasotę, zdolność trawienia białka, jako też obecność zawartego w nim wolnego kwasu solnego i kwasu mlekowego. Na podstawie tych doświadczeń przyszedł do wniosków, że u wszystkich jego chorych ilość wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym była zmniejszoną, a zdolność trawiąca soku osłabioną i to tem więcéj, im cięższą była sama choroba. Gorączka nie odgrywa przy tem ważnéj roli, szczególnie w przypadkach ciężkich nie wywierała żadnego wpływu. Co do przyczyny tych zmian w soku żołądkowym w gruźlicy robi autor przypuszczenie, nie oparte jednakże na ścisłych danych, że wpływa tutaj unerwienie żołądka. (*Wracz* 1889, Nr. 15 i 16). *A. W.*

Dr. Neuenkirchen z Rygi zbadał w 268 przypadkach ciężar gatunkowy patologicznych przesączyn i wypocin i przyszedł do ciekawych wniosków, a mianowicie, że na podstawie cięż. gat. można do pewnego stopnia wnioskować o przyczynie wywołującéj nagromadzenie się cieczy. Tak ciecz w jamie otrzewnowéj w razie raka otrzewny nigdy nie posiada cięż. gatunk. mniejszego od 1·014, a w raku wątroby od 1·012. Jeżeli więc c. gat. będzie mniejszy od 1·012, to obie powyższe postacie można z wielkiem prawdopodobieństwem wykluczyć. Przy cięż. gat. mniejszym od 1·007 lub większym od 1·016 można wykluczyć zastój żylny jako przyczynę, a przy cięż. gatunk. większym od 1·014 marskość wątroby. (*St. Petersburger med. Wochenschrift* 23 kwietnia). *A. W.*

Na zjeździe terapeutów niemieckich przedstawił Dr. Hanau (z Zürichu) preparaty raków, wywołanych za pomocą przeszczepiania. Przeszczepił on mianowicie raka, który się znajdował w pochwie białego szczura dwom drugim szczurom na moszna. Po 2 miesiącach wystąpiły u obu zwierząt raki: u jednego na otrzewnie, u 2-iego zaś na mosznach. Histologiczna budowa raków przeszczepionych odpowiadała zupełnie budowie nowotworu pierwotnego. (*Münchener med. Woch.* 23 kwietnia). *A. W.*

Dr. Kriege zbadał zmiany zachodzące w tkankach pod wpływem zamrażania. Zamrażał on za pomocą rozpylania eteru, robiąc te doświadczenia na uszach królika, tak bez jak i po poprzedniem przecięciu nerwu współczulnego na szyi. Pierwszą zmianą, która przy tem występuje, jest zjawianie się drobnoziarnistych zakrzepów w rozmaitych drobnych naczyńkach. Powstawanie ich tłomaczy Dr. Kriege (zgodnie z prof. Recklinghausenem) zmianami w krążeniu, ponieważ w tym okresie nie istnieją jeszcze żadne zmiany w ścianach naczyniowych. Po przecięciu nerwu współczulnego ilość tych zakrzepów zwiększa się w dwójnasób. W dalszym ciągu zjawia się zapalenie i nowe zakrzepy, z których jedne są złożone z ciałek białych, a drugie z masy szklistéj. Te ostatnie powstają prawdopodobnie z ciałek białych, śródbłonka naczyń i płytek Bizzozera, które ulegają przeobrażeniu szklistemu. Jeżeli zamrażanie trwa daléj, to ulegają zwyrodnieniu szklistemu również i ściany naczyń i tkanka je otaczająca tak, że wreszcie cała część ciała zamienia się w jednostajną masę szklistą. (*Virchows Archiv* t. CXVI). *A. W.*

Dr. James B. Hogg opisuje w *Australasian Medical Gazette* przypadek śmierci z powodu niedokrewności, którą wywołała obecność w jelitach *anchylstoma duodenale*. 36-letni robotnik umysłowo chory połykał wszystko co miał pod ręką: kamyczki, klucze etc. W czerwcu 1885 powstał u niego obrzęk nóg bez białkomoczu. Wkrótce wyzdrowiał, lecz w r. 1886 zjawił się i znowu obrzęk nóg i powiek, połączony tym razem z obecnością białka w moczu. W październiku r. 1888 obrzękła już cała skóra; chory zaczął szybko słabnąć i umarł w grudniu wśród objawów niedokrewności. Sekcyja wykazała, że płuca, serce, wątroba, nerki były zupełnie zdrowe i tylko w dwunastnicy i górnéj części jelita czczego znaleziono więcéj niż 30 małych robaków, siedzących na błonie śluzowéj i zabarwionych czerwono od krwi wyssanéj. (*The British Medical Journal*, 6 kwietnia). *A. W.*

Terapija.

N. T. Gołubow: **Podróże rzekami jako środek leczniczy.** Autor, jako lekarz w lecznicy kumysowéj w gubernii samarskiéj, miał w ciągu 5 lat sposobność przekonania się o „cudownym" niemal wpływie podróży parostatkiem po Wołdze i Kamie na chorych przybywających do wymienionego zakładu. Podług jego spostrzeżeń, dochodzących do liczby 250, podróż parostatkiem wpływała nadzwyczaj zbawiennie na neurasteników-dyspeptyków, na brak apetytu, niedokrewność, zatwardzenia, niekiedy na krwotoki nerkowe i w ogóle na choroby nerwowe. Wpływ ten przypisuje autor mnóstwu czynników korzystnych, jak brakowi pyłu, większéj względnie wilgotności i czystości powietrza, większej ilości ozonu, zmianie miejsca i towarzystwa, ciągłéj zmianie widoków i ustawicznemu przebywaniu na świeżem powietrzu. Cyframi udowadnia autor, że procent wilgotności powietrza nie jest (przynajmniéj na Wołdze i Kamie) nigdy niekorzystnym, zwłaszcza podczas letnich pogodnych miesięcy. Unikać należy parostatków o chodzie trzęsącym i głośnym i bardzo przepełnionych podróżnymi. (*Wracz* 1888, Nr. 51). *A. W.*

Farmakologija.

Dr. Edgard Gans czynił w pracowni Dra Boasa w Berlinie doświadczenia nad wpływem saccharynu na trawienie żołądkowe. Zbadał mianowicie wpływ jego na szybkość trawienia białka i mleka i jego działanie antifermentacyjne. Okazało się, że saccharyn w proszku dodany do soku żołądkowego zwalnia działanie pepsyny i podpuszczki, zależy to od osadzania się nierozpuszczalnego saccharynu na powierzchni białka i od strącenia części pepsyny. W rozczynie zaś nie wywiera saccharyn żadnego wpływu na trawienie. Co do siły przeciwfermentacyjnéj, tamuje bardzo dobrze rozwój fermentacyi i dla tego radzi autor stosowac go w biegunkach, powstających w sprawach rozkładu w jelitach. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1 kwietnia).

Dr. Fernet podaje, że mięszanina 1 cz. naftolu z 2 cz. kamfory, przedstawiająca ciecz syrupowatą, posiada zadziwiające własności przeciwgnilne. Chore miejsce smaruje się tą cieczą za pomocą pędzelka, ale ponieważ często przy tem powstaje silny ból, dobrze więc jest używać przedtem albo równocześnie kokainy. (*Les nouveaux remèdes* 24 marca).

Farmaceuta Levaillant przekonał się, że przy zmięszaniu rozczynów chlorku kokainy i boranu sodowego powstaje osad soli kokainowéj, który jednak po dodaniu kilku kropel gli-

ceryny natychmiast się rozpuszcza. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal.* Luty).

Dr. Schuman Le Clerey przyszedł na podstawie badań odbytych na sobie do przekonania, że woda karlsbadzka nie wywiera żadnego wpływu na ilość wydzielanego kwasu moczowego. (*The Medical Record*).

Choroby wewnętrzne.

Dr. George Harley stosuje od dawna i z dobrym skutkiem przy kolkach, powstających z powodu zatrzymania się kamieni żółciowych w przewodach żółciowych, przepychanie tych kamieni do jelita przez powłoki brzuszne. Namacawszy rozciągnięty przewód żółciowy, ugniata on i gładzi to miejsce palcami w ciągu 10—15 minut. Bóle wkrótce ustają, a po kilku godzinach z kałem wychodzi kamyk żółciowy nieznacznéj wielkości. W tenze sposób (mięsieniem w kierunku moczowodu) udaje mu się często przeprowadzić i kamienie nerkowe, zatrzymujące się w moczowodzie.

Prof. George Johnson, który dużo pracował nad kwestyją t. zw. białkomoczu przerywanego lub utajonego przyszedł do następujących wniosków: 1. Obecność białka w moczu ma zawsze charakter patologiczny. 2. Białkomocz taki jest zjawiskiem stosunkowo częstem u osób posiadających pozornie dobre ogólne zdrowie, jak to wykazało badanie wszystkich chorych, którzy się zwracali do niego o pomoc lekarską. 3. Przy dokładnem badaniu można było prawie zawsze wynaleźć w przeszłem życiu chorego przyczynę, która wywołała białkomocz. 4. W ogóle nawet i długoletni białkomocz przerywany jest chorobą uleczalną za pomocą odpowiednich środków leczniczych, dyjetetycznych i hygijenicznych. Z drugiéj zaś strony nie będąc leczonym, zamienia się białkomocz przerywany na stały, a ten kończy się ostatecznie zwyrodnieniem nerek i wreszcie śmiercią. 5. Ponieważ nawet i znaczny białkomocz może istnieć przez długi czas w stanie utajonym, należy przeto badać mocz u wszystkich chorych bez wyjątku. 6. Z powodu, iż białko może zjawiać się w moczu tylko w pewnych porach dnia, należy badać mocz kilka razy w ciągu dnia jednego. (*The British Medical Journal*).

Dr. Grimaud podobnie jak i Lallemand twierdzi, że naturalne wody siarczane podawane wewnętrznie *per os* albo *per anum* są doskonałym środkiem przeciw glistnicy robaczkowéj. (*Therapeutische Monatshefte,* kwiecień).

Dr. Wreneh opisuje przypadek oddzielenia się i wyjścia na zewnątrz części jelita grubego przez otwór stolcowy. Młody człowiek, 18 lat liczący, dostał nagle bólów i biegunki, przy czem razem z kałem wyszła część jelita grubego i część połączonéj z niem kreski. Chory wyzdrowiał. (*The Medical Press.* 20 marca).

Dr. Mołłow podał na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Sofii ciekawy przypadek zimnicy. Dziecko mające 7 lat, cierpiało na często powstarzające się i bolesne parcie na mocz, bezsenność i bóle w krzyżach. Matka podała, że codziennie przez kilka dni chory dostawał dreszcze, gorączkę i poty. Ciepłota wynosiła 39° C. W moczu wykazano czerwone ciałka krwi i znaczną ilość wałeczków szklistych. Dziecko mieszkało nad brzegiem Dunaju. Zapisano mu chlorek chininu i po 2—3 dniach ustąpiły wszystkie objawy chorobowe. M. zaleca nazwać tę postać zimnicy *Febris perniciosa haemato-dysurica.* (*Wracz* 1889, Nr. 16). *A. W.*

Dr. Minich z Filadelfii opisuje 6 przypadków duru brzusznego, które zakończyły się śmiercią z powodu powikłań tegoż z zapaleniem włóknikowem płuc. U wszystkich 6 chorych wystąpiło zapalenie płuc po stronie zwróconéj ku oknu. Od tego czasu M. nie stawia łóżek równolegle do okna i nigdy też późniéj nie spostrzegał zapalenia włóknikowego płuc w przebiegu duru brzusznego. (*The Medical Register*). *A. W.*

Chirurgija.

Lauenstein: (Hamburg): **Całkowite wyłuszczenie choréj torebki stawu kolanowego z utrzymaniem ruchomości.**

Resekcyję stawu zastępujemy dziś w wielu przypadkach artrektomiją, aby uniknąć zboczeń w wzroście i w czynności. Tylko w stawie kolanowym nie można tym sposobem osiągnąć dobrych wyników, dla tego starał się L. wynaleźć dla tego stawu inne postępowanie, przedstawiające te zalety, które napróżno staramy się osiągnąć za pomocą atrektomii. Pod tym względem kładzie L. wielką wagę na utrzymanie więzadeł skrzyżowanych, którym przypisuje działanie ruchu zawiasowego. Aby odsłonić całą torebkę celem oglądania, względnie wyluszczeaia jéj z utrzymaniem *ligamenta cruciata,* prowadzi L. cięcie łukowate Langenbecka przez więzadło rzepkowe, następnie oddziela dłutkiem rowkowanem, 6—8 ctm. szerokiem, przedni klin główki kości goleniowéj tak, że na nim znajdują się miejsca przyczepienia więz. skrzyżow. Teraz można staw kolanowy szeroko otworzyć i wszystkie zajęte części torebki wyłuszczyć bez uszkodzenia więz. skrzyż. Oddzielony klin k. goleniowéj układa się następnie w jego prawidłowe położenie i tam się przymocowuje. Sposobu tego użyywać można tylko w chorobach dobrotliwych i można tu nim osiągnąć bardzo dobre wyniki. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Krause: (Halle): **O ostrych nieżytowych chorobach stawów.**

Etyjologia téj choroby jest całkiem nieznaną; występuje ona tylko u dzieci i to najczęściéj poniżéj 4 ech lat, nigdy zaś powyżéj 10 ciu, zajmując tylko jeden staw, najczęściéj kolanowy, rzadziéj biodrowy, barkowy lub skokowy. Skład wydzieliny, która jest podobną do wydzieliny śluzowéj, zmięszanéj z ciałkami ropnemi w nieżycie nosowym, dał powód do nazwy w tytule wymienionéj. Tylko w zastarzałych przypadkach ulega chrząstka nadżarciu. Sprawa chorobowa odgrywa się przeważnie w błonie maziowéj, która bywa silnie obrzękłą i zaczerwienioną. Z powodu tego cierpienia mogą powstawać nadwichnienia, lub nawet całkowite dobrowolne zwichnienia zajętego stawu kolanowego lub biodrowego. Rokowanie jest pomyślne. Z 50 przypadków leczonych w klinice w Halle, dwa tylko skończyły się śmiertelnie. W jednym przypadku, w którym śmierć nastąpiła po resekcyi zwichniętego stawu biodrowego, znaleziono przy badaniu pośmiertnem chrząstkę główki stawowéj silnie nadżartą, a rozmiary panewki znacznie mniejsze. W wydzielinie stawowéj w obu razach stwierdzono *Streptococcus pyogenes.* (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Doc. Rusticki: **O opatrunku jądra.**

Autor opisuje opatrunek, którego z dobrym skutkiem przez długi czas używa w zapaleniu jądra lub przyjądrza. Do opatrunku tego są potrzebne: 1) 2 opaski flanelowe szerokości 3—3·5 ctm., długości 1 mtr., 2) 2 krążki z flaneli i jeden z papieru gutaperchowego. Średnica krążków powinna być dłuższą od obwodu obciągniętego jądra o 5—6 ctm. Jądro odciąga się ku dołowi. Palec duży i wskazujący złożone tak, ażeby tworzyły obrączkę, obejmują moszna razem ze sznurkiem nasiennym tuż nad jądrem i przytrzymują koniec opaski. Drugą ręką okręca się tę opaskę do koła, a potem spiralnie, dopóki jądro nie zostanie zepchniętem ku dołowi. Drugi koniec opaski przymocowywa się za pomocą przyszytéj do niego tasiemki. Umieściwszy krążek gutaperchowy pomiędzy flanelowémi, przykłada się je środkiem ku dolnéj części jądra, a brzegi układa się tak, jak to robią aptekarze z papierem nałożonym na korek flaszki. Krążki te przedewszystkiem przymocowywa się za pomocą drugiéj opaski do opaski pierwszéj, a następnie okręca się tę drugą opaskę spiralnie przechodząc po tych krążkach, pokrywając całe jądro tak ściśle, jak np. opatrunek nogi pokrywa piętę. Do tego opatrunku można używać i jednéj opaski, również jednego tylko krążka flanelowego. Opatrunek ten według autora przedstawia wszystkie zalety opatrunku Frickego, ale nie posiada jego stron ujemnych. Nakładanie jego bardzo łatwo może zapamiętać i uskutecznić sam chory tak, że może go zmieniać kilka razy na dzień. Opatrunek ten nie psuje się od wody, to też można nań bezpiecznie kłaść pęcherz z lodem. Jeżeli nań włożymy jeszcze wieszadło, to chory może nawet chodzić. Wskazania są te same co i dla opatrunku Frickego. (*Wracz* 1889, Nr. 17). *A. W.*

Contento: **O wstrzykiwaniach podskórnych kwasu karbolowego w leczeniu wąglika.**

C. poleca bardzo gorąco już wypróbowane leczenie wąglika za pomocą podskórnych wstrzykiwań 3% roztworu kwasu karbolowego, odwołując się do zadziwiająco pomyślnych wyników, osiągniętych w leczeniu sześciu bardzo ciężkich przypadków *Pustulae malignae.* Wstrzykiwania te robił naokoło

centralnego słupa pustuły, na 1 ctm. od linii demarkacyjnéj w odległościach wynoszących 1½ ctm.: oprócz tego wstrzykiwał jeszcze kilka pełnych strzykawek w środkowy strup. Ilość wstrzyknięć wykonanych na jednem posiedzeniu wynosi, stosownie do wielkości pustuły, 6—25 i zawsze występuje już po 24 godzinach zadziwiające polepszenie tak, że powtórzenie wstrzykiwań tylko rzadko jest potrzebnem. (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 14). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Jan Bókai: **Podwiązanie łechtaczki.**

Dziesięcioletnią dziewczynkę przyprowadzono do szpitala z nadmienieniem, że przed 14 dniami sama podwiązała cienką nitką łechtaczkę i obecnie z powodu znacznego obrzęku nitki zdjąć nie zdolano. Badanie stwierdziło łechtaczkę obrzmiałą wielkości orzecha laskowego, jasno niebiesko-czerwoną, miękką, przy dotknięciu bolesną. Na jéj podstawie widać rowek głęboki, a w nim nitkę, którą przecięto. Dziewczę przyznało, że już dawno samogwałt popełnia, drażniąc łechtaczkę, którą sama podwiązała. Po okładach chlorkiem potasowym oczyściła się rana, a pod okładem karbolowym nastąpiło rychłe zagojenie pomimo, że łechtaczka nieznacznie tylko się zmniejszyła. Aby przerost łechtaczki nie dawał dalszego powodu do samogwałtu, za zezwoleniem rodziców dokonano częściowego jéj wycięcia termokauterem, a po 10-iu dniach dziewczynka opuściła zakład. Badanie histologiczne odjętéj części łechtaczki okazało: *Elephantiasis mollis Virchowi.* (*Pest. med. chir. Presse*, 1888). *Dr. Reiss* w Dukli.

Dr. Inglis Parsons opisuje 4 przypadki raka (sutka, macicy), w których stosował silny, przerywany prąd galwaniczny. Pod wpływem takiego leczenia ustawały stopniowo bóle, a nowotwór kurczył się i stawał się bardzo zbitym. Podobne zmiany powstawały i w powiększonych gruczołach limfatycznych. Nadto polepszało się znacznie odżywienie i ogólny stan chorych. Prąd przepuszczano tak przez sam nowotwór, jak i dokoła niego. Używano do tego bateryi z 70 elementów o sile elekrobodźczéj 105 Volt. Natężenie prądu wynosiło z początku 10 milijamperów, a w końcu dochodziło do 600. Operacyję wykonywano w uśpieniu. Autor sądzi, że przy takiem postępowaniu obumierają tylko komórki rakowe, inne zaś tkanki pozostają bez zmiany tak, że nowotwór złośliwy zamienia się w guz zupełnie dla ustroju obojętny, złożony tylko z tkanki włóknistéj. W opisanych przez autora przypadkach nie było odnowienia, a czas, który upłynął od stosowania tego leczenia do ogłoszenia jego wyników, wynosi 3—8 miesięcy. (*The Britisch Medic. Journal* 27 kwietnia). *A. W.*

Dr. Mehachlan wyraża zdziwienie, dla czego przy leczeniu stulejki używają tak rzadko kokainy, jako środka miejscowo znieczulającego. Autor używa zwykle 20% roczczynu kokainy i smaruje nim napletek z zewnątrz, a równocześnie wlewa pewną ilość do worka napletkowego. Po 5 minutach występuje znieczulenie całkowite. Rana goi się bardzo dobrze. (*The Brit. Medic. Journal* 27 kwietnia).

Dr. Axford zaleca nową operacyję tak zw. mamilloplastykę dla usuwania u kobiet wciągnięcia brodawek sutkowych. Autor zrobił tę operacyję u kobiety, znajdującéj się w 3-im miesiącu ciąży, która się obawiała, że z powodu wciągnięcia brodawek nie będzie mogła sama karmić dziecka. Lekarz, który ją przysłał do Axforda, zawiadomił go przy tem, że udało mu się przed kilku laty usunąć podobne wciągnięcie wycięciem kawałka skóry. Dr. Axford zrobił tę operacyję w sposób następujący: odciągnąwszy o ile możności brodawkę sutkową, wyciął dokoła niéj 3 półksiężycowe płaty skórne, z których każdy wynosił 2½ cala. Następnie założył dokoła brodawki szwy w ten sposób, że ta nie mogła być więcéj wciągniętą. Wynik operacyi był o tyle dobrym, że powtórzył ją autor i na drugim sutku. (*Annals of Surgery*, kwiecień.) *A. W.*

Na posiedzeniu Towarzystwa rosyjskich lekarzy podał prof. Lebiediew krótki opis 100 laparatomij, wykonanych przez się w ciągu ostatnich lat czterech. Wskazania do operacyj były: w 41 przypadkach torbiele wewnętrznych narządów płciowych, w 29 włókniako-mięśniaki, w 32 zapalenia chroniczne jajowodów i jajników, w 2 nerwica ogólna, w 1 zupełny brak wrodzony macicy i pochwy. W 2 przypadkach wykonał cięcie cesarskie przy wskazaniu względnem, w 2 laparotomiją próbną i w 1 wycięcie nowotworu jajnikowego. Na 100 laparotomij było tylko 2 z zejściem śmiertelnem. Rezultaty prof. Lebiediewa są z dotychczasowych najlepszymi, ponieważ najniższy % śmiertelności przy laparotomii, otrzymany przez Kis'a, wynosił 3%.

Choroby kobiece.

Dr. Zahlkind: **Dwa przypadki wrodzonych giucatrezyi.**

Podane przypadki mają znaczenie teoretyczne raczéj, niż praktyczne i są podług autora rozstrzygającemi w pewnych spornych kwestyjach ginekologicznych. Pierwszy wypadek tyczy się *atresia hymenaea.* U 18 letniéj dziewczyny oprócz *atresia hymenaea* w dolnéj części brzucha można było wyczuć guz wielkości dziecięcéj głowy, dający chełbotanie. Operator Dr. Jundziłł zbadał zachowanie się macicy. Okazało się, że macica była znacznie rozszerzoną tak, że nie było żadnéj różnicy pomiędzy jéj ciałem a szyjką. Fakt ten dowodzi, że skutkiem *atresia hymenis* była i *haematometra.* Drugi przypadek tyczy się ośmnastoletniej dziewczynki, u któréj wskutek *atresia vaginae* stwierdzono *haematokolpos, haematometra* i *haematosalpinx.* Po przecięciu zrostów, wypuszczeniu cieczy i zbadaniu przez operatora Dr. Jundziłła okazało się, że macica jest znacznie rozszerzona i że na prawéj jéj stronie daje się wymacać duży otwór, przez który palec wchodzi do jajowodu. Przypadek ten ma znaczenie w kwestyi powstawania *haematosalpinx.* Schröder bowiem i Fritsch objaśniają powstawanie *haematosalpinx* przez zastępczą menstruacyję w jajowodach. Zdanie swoje opierają na tem, że zawsze znajdowali w tych przypadkach ujście maciczne jajowodów znacznie zwężone lub zupełnie zakryte, a krew zbierała się w części jajowodu bliższéj do ujścia brzusznego. Inni zaś autorowie, jak Scanzoni, Olshausen i inni twierdzą, że krew dostaje się do jajowodów z macicy. Przytoczony przypadek, w którym ujście maciczne jajowodu było rozszerzone, potwierdzałby zdanie ostatnich. (*Żurnał akuszerstwa i żenskich boleznéj.* Tom II, Nr. 12, 1888). *A. W.*

Dr. St. Moulin przytacza dwa następujące przypadki: 1. Dziewczyna, lat 21 licząca, która regularnie miesiączkowała i dla tego pomimo zwiększenia się brzucha nie uważała się za ciężarną, nagle porodziła. 2. Dziewczyna, lat 24 licząca, nigdy nie miała regularności i myślała, że nie może zajść w ciążę; tymczasem została zapłodnioną i porodziła zupełnie zdrową dziewczynkę. (*Allg. Medic. Central-Zeitung*, 4 maja). *A. W.*

Dr. Ch. O'Donovan (młodszy) podaje nowy sposób leczenia miesiączki bolesnéj za pomocą podawania przetworów manganezu. Należy tylko pamiętać, że przetwory te działają bardzo powoli. Leczenie musi trwać koło 3 miesięcy, przy czem dobrze jest podawać jeszcze żelazo i wzmacniające środki roślinne. (*St. Louis Medical and Surgical Journal*, kwiecień). *A. W.*

Okulistyka.

Sergiew: **Przypadek obustronnéj skleroftalmii.**

Skleroftalmija obustronna wrodzona jest bardzo rzadką: i tak wynika z dat statystycznych w Rosyi, że na 70.000 chorych na oczy Dr. Adamiuk w Kazaniu spostrzegał jeden tylko taki przypadek. Chory, dziecko dwutygodniowe, posiadało zupełnie prawidłowo rozwinięte oczy i tylko rogówka jego była zaćmioną, błyszczącą, barwy błękitnawo-białawéj; odgraniczenie jéj od twardówki było bardzo niewyraźne. Zresztą co do wielkości, kształtu, krzywizny, rogówka była zupełnie prawidłową. Nie było również żadnych zboczeń w innych częściach ciała. Matka, kobieta młoda, była według własnego zapewnienia zupełnie zdrową, na kiłę nie chorowała. Powstanie takiego zaćmienia można tylko wytłomaczyć powstrzymaniem rozwoju rogówki, a mianowicie bywa ona w takim stanie nieprzeźroczystości zwykle w końcu 3-go lub 4-go miesiąca życia płodowego. Zwykle zaćmienia takie są dziedzicznemi. Przypadek ten jest ciekawym z tego również względu, że bardzo rzadko występuje zaćmienie rogówki nie połączone z żadną inną nieprawidłowością. Autor nie zalecił żadnego leczenia, spodziewając się, że choroba sama ustąpi i rzeczywiście już po 2 miesiącach na brzegu zewnętrznym rogówki zjawił się rąbek przeźroczysty. Poźniéj autor nie widział dziecka i nie wie, co się stało z jego oczyma. (*Wracz* 1889, Nr. 14). *A. W.*

Choroby weneryczne.

Czystiakow: **Leczenie kiły za pomocą wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych w zawiesinie.**

Na podstawie dat z literatury w tym przedmiocie i własnych doświadczeń przypuszcza autor, że dobre wyniki przy podskórnych wstrzykiwaniach otrzymuje się tylko po wprowadzeniu naraz znacznéj ilości rtęci. Z tego względu rozpuszczone przetwory, których małą tylko ilość naraz można wstrzyknąć, mniéj są korzystne, niż przetwory w zawiesinie. I rzeczywiście przy stosowaniu pierwszych objawy kiły ustępują znacznie powolniéj, niż przy użyciu drugich. Lecz i te ostatnie mają swoje złe strony, a mianowicie niemożliwość regulowania ilości rtęci do ustroju wprowadzanéj i ciężkie objawy uboczne. Z tych to powodów zaleca autor używać raz na tydzień wstrzykiwań rozpuszczalnych soli rtęciowych, sublimatu, sinku, salicylanu rtęciowego, zawieszonych w *ol. vaselini* w ilości 0·07 i więcéj. Tego sposobu używa autor już więcéj jak od roku i stosował go u 275 chorych. Rezultaty leczenia najzupełniéj go zadowalniają. Zalety tego sposobu są następujące: 1. Bardzo słaba bolesność operacyi, przy czem ból nie trwał nigdy dłużéj jak dobę. 2. Brak ropni, których nie spostrzegał ani razu. 3 Możność regulowania ilości rtęci wprowadzonéj do ustroju, z powodu, że sole te ulegają wessaniu w mniéj więcéj oznaczonym przeciągu czasu i 4. Szybsze ustępowanie objawów kiły, niż po wstrzykiwaniach tychże soli w stanie rozpuszczonym. (*Wracz*, NN. 14 i 15). *A. W.*

Peterson: **O wyskrobaniu wrzodu miękkiego.**

Wypróbowawszy większą część używanych dotąd sposobów leczenia wrzodu miękkiego, przyszedł autor do przekonania, że najlepszym z nich jest wyskrobanie wrzodu, a następnie zwykłe leczenie ran czystych. Dla usunięcia bólu przy operacyi wstrzykuje się przedtem pod skórę 2% rozczynu kokainy. Sposób ten stosował w 120 przypadkach. Z przytoczonéj przez autora statystyki ilości dni spędzonych przez chorych na miękkie wrzody w szpitalu, obejmujących całych 8 lat, widać, że od czasu stosowania wyskrobywania ilość ta zmniejszyła się średnio o tydzień (z 27·5 na 20·7); przy czem do statystyki zaliczono i przypadki powikłane. (*Wracz* 1889, Nr. 18). *A. W.*

Dr. Hayem i Parmentier opisują 6 przypadków porażenia rdzenia pacierzowego w przebiegu rzeżączki. Przypady przy tem były następujące: 1. W sferze czuciowéj nerwobóle, bezczułość, nadczułość etc. 2. W sferze czuciowéj i ruchowéj kurcze, bóle błyskawiczne etc. 3. Prawie wyłączne zaburzenia ruchowe, porażenia poprzeczne. Wszystkie te objawy występowały w 2—3 tygodnie po zakażeniu się rzeżączką i przebiegały z nią równolegle. (*Revue de médecine*).

Dla przekonania się, jak często występują gonokoki przy rzeżączce u kobiet, zbadał Dr. Welander wydzieliny cewki moczowéj i pochwy u 78 prostytutek i znalazł je tylko w 46 przypadkach, t. j. 59·23%. (*Le Bulletin Médical*).

Choroby dzieci.

Szabanowa: **Leczenie krzywicy fosforem.**

Autorka zbadała ściśle naukowo 105 przypadków krzywicy, w których stosowała leczenie minimalnemi dawkami fosforu. Oprócz fosforu stosowała jeszcze kąpiele słone i odpowiednią dyjetę. W 77 przypadkach wynik był dobry, w 22 nieznaczne polepszenie, albo żadnej zmiany, a w 6 pogorszenie. Na podstawie tych badań przychodzi autorka do wniosku, że leczenie krzywicy fosforem daje w większéj liczbie przypadków dobre wyniki. Fosfor polepsza nie tylko ogólny stan chorych, lecz i oddzielne objawy chorobowe: najbardziéj wybitnie i szybko działa on na zaburzenia układu nerwowego, wpływa daléj dobrze na czynność kończyn, na zdolność wykonywania ruchów; wreszcie wpływa dodatnio, chociaż już mniéj wybitnie na zmiany układu kostnego. (*Wracz* 1889, NN. 16, 17, 18, i 19). *A. W.*

Toksykologija.

W ostatnich czasach powstał nowy rodzaj chronicznego samozatrucia — paraldehydomanija. Chora, która używała przedtem morfinu i chloralu, zwróciła się do paraldehydu i doszła do 30 grm. na dobę. Raz nawet w ciągu 12 dni przyjęła 600 grm., t. j. 50 grm. na dobę. (*Deutsche Medizin.-Zeitung* 17 kwietnia). *A. W.*

Medycyna sądowa.

Bellin: **Przyczynek do kazuistyki uszkodzeń serca i naczyń wielkich.**

I. Żołnierz, liczący lat 35, umarł nagle wskutek uderzenia pięścią w klatkę piersiową. Sekcyja wykazała pęknięcie serca nieprawidłowo wypukłonego. A mianowicie na zewnątrz i w lewo od tętnicy płucnéj znajdował się nie wielki otwór z brzegami strzępiastemi. Sonda wprowadzona do tego otworu przeszła do komórki lewéj przez otwór drugi, znajdujący się pod miejscem przyczepienia się lewéj półksiężycowéj zastawki aorty. Ten ostatni otwór prowadził z lewéj komórki do jamy o gładkich ścianach wielkości jaja kurzego, która to jama znajdowała się pod osierdziem między tętnicą płucną, lewym przedsionkiem, brózdką okrężną serca i uszkiem lewem. Śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia jeszcze przed uderzeniem ściany tego uchyłku, prawdopodobnie wrodzonego.

II. 23-letnia brzemienna włościanka umarła wskutek przypadkowego upadnięcia i uderzenia się o ławkę prawą stroną grzbietu. Sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci pęknięcie opuszki aorty wskutek wpływu mechanicznego. Ściana aorty wstępującéj była znacznie ścieńczona i miękka, na błonie wewnętrznéj żadnych zmian nie było. W nerkach zapalenie miąższowe i śródmiąższowe, w macicy płód siedmiomiesięczny, Zmianę patologiczną ścian aorty łączy autor z chronicznem zapaleniem nerek, brzemiennością i przerostem lewéj komórki serca. (*Wracz* 1889, Nr. 1). *A. W.*

Dr. S. B. Ward przytacza rzadki przypadek nagłéj śmierci kobiety ciężarnéj (w 3-cim miesiącu). Śmierć nastąpiła wskutek wdmuchiwania przez cewnik powietrza do macicy w występnym celu spędzenia płodu. Podczas tego zabiegu kobieta nagle krzyknęła i omdlała. Przywołany lekarz znalazł ją w stanie zapadu, który wkrótce zakończył się śmiercią. Sekcyja wykazała, że macica była rozdętą powietrzem, zarodek jednak nie został uszkodzonym. Pęknięcia naczyń w macicy nie wykazano. Serce było zupełnie próżnem. Autor przypuszcza, że śmierć nastąpiła wskutek shocku, wywołanego wprowadzeniem cewnika i gwałtownem wdmuchiwaniem powietrza, które przez jajowody dostało się do jamy otrzewnowéj. (*The Albany Medic. Annals*, styczeń). *A. W.*

Chemija lekarska.

Blumenau: **O ilościowem oznaczaniu kwasu solnego w soku żołądkowym. Sposób Sjöquista.**

Sposoby dotychczas istniejące posiadają pewne niedogodności, które przeszkadzają obszerniejszemu rozpowszechnieniu oznaczania ilościowego kwasu solnego w soku żołądkowym, pomimo ważności tego rodzaju badań. Jedne z tych sposobów są bardzo dokładne, lecz za to bardzo skomplikowane, wymagające dużo czasu i specyjalnych przyrządów; inne krótkie i proste, lecz za to mało dokładne. Wobec tego było bardzo pożądanem wynalezienie sposobu prostego i zarazem dokładnego. Takim właśnie jest sposób Sjöquista. Metoda jego jest następująca: bierze się pewną ilość przesączonego soku żołądkowego, dodaje się węglanu barowego ($Ba\,CO^3$), odparowywa i pozostałość żarzy się Po wyżarzeniu wytrawia się wodą, odsącza i przesącz zakwasza się kwasem octowym. Przy wyparowywaniu i żarzeniu z $Ba\,CO^3$ rozkładają się wszystkie istoty organiczne, przy czem kwasy organiczne łączą się z barem (Ba) i zamieniają się na $BaCO^3$, a wolny kwas chlorowodowy łączy się również z Ba i zamienia się w $Ba\,Cl^2$. Przy wytrawianiu wodą przejdzie do rozczynu tylko $Ba\,Cl^2$, ponieważ $Ba\,CO^3$ jest zupełnie nierozpuszczalnym. Oznaczywszy więc w tym rozczynie ilość Ba, możemy obliczyć i ilość HCl z nim połączonego. Ba oznacza się za pomocą miareczkowania dwuchromanem potasowym ($K^2Cr^2O^7$), który z $Ba\,Cl^2$ tworzy osad chromu barowego ($Ba\,Cr\,O^4$). Koniec reakcyi poznaje się albo za pomocą tetrapapierka, który wobec wolnego $K^2Cr^2O^7$ błękitnieje, lub też za pomobą papierka nasyconego rozczynem azotanu srebrowego, który wobec wolnego $K^2Cr^2O^7$ żółknieje. Autor chcąc sprawdzić wartość tego sposobu, przerobił do-

świadczenia z sztucznie przygotowanemi rozczynami, do których używał czystego HCl, lub też w mięszaninie z kwasem mlekowym, octowym, chlorkiem sodu, pepsyną etc. Zawartość HCl w takich rozczynach wahała się od 0·023% do 0·248%. Rezultaty analizy wynosiły od 0·004% mniéj do 0·004% więcéj niż było HCl w rzeczywistości. Rezultaty te oczywiście są bardzo dobre, tem bardziéj, że różnice zupełnie nie zależały od tego, czy w rozczynie znajdował się czysty HCl, czy też z jakiemibądź domieszkami. (*Wracz* 1889, NN. 9 i 10). *A. W.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Xte z dnia 15 maja 1889.

Przewodniczący kol. Gluziński, członków obecnych 21.

1) Prof. Korczyński w dłuższem przemówieniu dziękuje zgromadzonym za wyrażone mu przez usta przewodniczącego uznanie, do którego Towarzystwo prezesa swego upoważniło było. Kol. prof. Korczyński zapewnia przytem, że i nadal w Towarzystwie z równą energią pracować chce i pragnie.

2) Kol. Cybulski zdaje sprawę z pracy Dra Sawickiego noszącéj tytuł: „Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na zjawiska elektryczne w nerwach“. W fizyjologii istnieją dwie główne teoryje powstawania prądów galwanicznych w nerwach i mięśniach, a mianowicie teoryja molekularna Du-Bois-Reymonda i teoryja Hermanna — przypisująca odmienne napięcia elektryczne cząstkom mięśnia lub nerwu nieuszkodzonym wobec uszkodzonych, nieczynnym wobec czynnych i t. d. Sawicki poczynił doświadczenie, rzucające do pewnego stopnia nowe światło na tę dziedzinę. Badał on zachowanie się zjawisk galwanicznych w nerwach, a mianowicie zachowanie się prądu spoczynkowego, wahania wstecznego, prądów elektro-tonicznych, wobec działania różnych czynników. Wyniki badań tych dają się w krótkości streścić w następujący sposób: Alkohol, eter, chloroform, amoniak, powietrze rozrzedzone i bezwodnik kwasu węglowego osłabiają, a w końcu znoszą zjawiska galwaniczne, przeciwnie podwyższona ciepłota i tlen wzmagają je do pewnego stopnia. Na podstawie tych badań przypuszcza autor, że zjawiska galwaniczne zawisłe są od różnic w zdolnościach i energii żywotnéj różnych części nerwu. Tkanka łączna, którą otoczony jest przekrój podłużny nerwu, mały tylko udział bierze w przemianie materyi i małe zdolności życiowe posiada; przeciwnie rzecz się ma z protoplazmą wogóle i z włóknem osiowem w szczególności. Ta rozmaitość zdolności żywotnych wywołuje różnice w napięciach elektrycznych, czego dowodem, że wszelkie czynniki wzmagające wymianę materyi, a więc energiję życia protoplazmy, jak tlen i wysoka ciepłota, sprawiają też wzmocnienie prądów galwanicznych, istoty zaś osłabiające i zabijające wreszcie te własności, znoszą także równocześnie i prądy galwaniczne. Badanie własności galwanicznych daje nam możność rozróżnienia, o ile pewne zjawiska należy przypisywać nerwom, o ile zaś mięśniom, co jest rzeczą nader ważną dla farmakologii.

W dyskusyi przemawiają kol. Gross, Piotrowski, przewodniczący i prelegent. Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

VI. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Zebrał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28.)

II.

Obok środków ochronnych stosowanych, lub przeprowadzić się mających przeciwko chorobom zakaźnym Wschodu, wynalazek Pasteura słusznie zwraca na się uwagę powag sanitarnych w Turcyi. Rozprawy też, pogadanki, spory między ludźmi więcéj lub mniéj do tego uprawnionymi, zdania prasy miejscowéj, krytyka wreszcie nad okryciem sposobu zabezpieczającego od wścieklizny, to dowód, jak wielkiéj doniosłości są rezultaty poszukiwań niezmordowanego badacza, mianowicie dla kraju, gdzie gromady psów, żyjących w stanie na pół dzikim są tolerowane z powodu wschodniéj względności dla ich rodzaju, a może i dla tego, że stanowią swego rodzaju wyłączną ornamentykę ulic i zaułków miast tureckich.

Wścieklizna jest jedną z rzadszych chorób zakaźnych na wschodzie. Niedowodzi to jednak jakoby była nieznaną w Turcyi, bo spostrzeżenia pojedynczych choćby tylko jéj przypadków, stanowią już poważny materyjał do przeprowadzenia wyczerpujących nad nią badań, do czego sam Konstantynopol przedstawia bardzo obszerne pole. To jednak jest pewnem, że niezauważano tu nigdy wścieklizny, rozwijającéj się z charakterem właściwym epizocyj, pomimo caléj swobody, jaką tu się cieszą psy uliczne. Jednakże w roku przeszłym, widząc tych potulnych mieszkańców podmurzy napadających przechodni, kąsających bez powodu, prześladujących przeważnie miejscowych obywateli, miano słuszny powód obawiania się, ażeby ta niezwykła drażliwość, nie przybrała groźniejszych rozmiarów. Na szczęście jednak obawa zakończyła się pojedynczym tylko, lecz bardzo charakterystycznym przypadkiem wścieklizny, któremu uległ jeden z cudzoziemców czasowo bawiących w Stambule. Jedyny to też przypadek spostrzegany przez kilku tutejszych praktyków, z którego się przekonano o przykrem i upokarzającem położeniu lekarza wobec nieszczęśliwéj ofiary skazanéj na śmierć niechybną.

Że wścieklizna zawsze istniała w Stambule, dowód na to znajdujemy w kronikach z epoki rządów sułtanów Selima i Machmuda. Wtedy to już z obawy szerzenia się epizocyi, z rozkazu panującego wyłapano znaczną liczbę psów ulicznych i wywiózłszy je na jedną z wysepek morza Marmora, skazano na śmierć głodową. Podobny sposób niszczenia powtórzono także w czasie wojny krymskiéj, i wtedy to oczyszczenie stolicy z mnóstwa psów, stało się nawet przedmiotem zyskownego przedsiębiorstwa. Jednakże biedne te istoty nie wszystkie wyginęły z głodu, i ku największemu zdziwieniu mieszkańców ludniejszych części miasta, znaczna liczba tych przymusowych wyrzutków, powróciła sobie, i dziś liczba ich jest daleko znaczniejszą, aniżeli to było poprzednio.

Jakiekolwiek zaś jest zdanie o nieużyteczności psów ulicznych, to przyznać jednak wypada, że w Stambule spełniają one pewne hygieniczne zadanie. Do niedawna jeszcze nietylko boczne, ale i główne z tutejszych ulic wypełniały sterty nieczystości, składające się z odpadków z kuchni, szynków, magazynów, straganów rybackich i bud rzeźniczych. Sprostowanie pewnych ulic pod kolej konną pozwoliło zarządowi miasta zaprowadzić system oczyszczania ulic, lecz tylko główniejszych i to w sposób bardzo niedostateczny. Pozostały więc zaułki, które czy to przez swe położenie, czy też przez ciasnotę, niedostępną dla wozów municypalnych,ześrodkowały w sobie gromady psów czyszczących je, lecz również tylko powierzchownie. I wtedy gdy zbieracze szmat przebiegają u nas podobne części miasta, pies tutejszy, party koniecznością zaspokojenia głodu, pożera pożywne dlań odpadki bez względu, czy są one natury animalnéj czy roślinnéj. Ten rodzaj usługi oddawanéj miastu i mieszkańcom, nie pozostaje bez wynagrodzenia. Pies stambulski cieszyć się będzie swobodą i tolerancyją i nie sądzę, żeby był zagrożony wywozem ponownym na bezludne wyspy, tem więcéj, że i przeciwko możebnemu wybuchowi epizoocyj wścieklizny talent ścisłego badacza podaje zagrożonéj ludzkości jeden z nieznanych dotąd środków ochronnych.

To też ani laseczniki Kocha, ani przyczyna suchot, zapaleń płuc, czerwonki i dławca, przypisywane obecności nieskończenie drobnych tworów organicznych, ani też wpływ leczniczy *Bacterium termo* Cantoniego w Neapolu, jak również odwaga Ferrana szczepień cholery nie znalazły tu tylu komentatorów, co wynalazek Pasteura. Najbardziéj zaś oryginalną jest opinija tutejszych erudytów arabsko-tureckich, którzy wogóle ideę ochronnego szczepienia się uważają tylko za odnowienie tego co już od niepamiętnych czasów było znane i praktykowane w Indyjach i Japonii. Temu niezaprzeczamy; będąc tylko ożywieni przekonaniem, że w niczem to nie zmniejsza zasługi dzisiejszych pionerów nauki, często z narażeniem własnego życia otwierających nowe drogi dla ludzkości. Bo ażeby być w stanie wyrazić się stanowczo

o doniosłości odkryć, mających nas zabezpieczyć od klęski chorób zakaźnych, należałoby posiadać mniej sceptyczne usposobienie, śledzić za postępami chemii patologicznej, pracować w milczeniu aż do chwili, gdy zebrane fakta przekonywujące o nowych zdobyczach leczniczych, zostaną potwierdzone szeregiem ścisłych doświadczeń. A tego to właśnie brak naszemu ustrojowi sanitarnemu. Czyta się coś o nowych wynalazkach, wpada się w rodzaj entuzyjazmu, krytykuje się wszystko, choćby oparte na najściślej przeprowadzonych badaniach i nie będąc w możności ujęcia praktycznej ich strony, uważa się je za coś chwiejnego i okrywa się bezwzględną obojętnością. Tak tu przyjęto doświadczenia Terrana, z większą nieco względnością powitano odkrycie ochronnego szczepienia przeciwko wściekliźnie, lecz te ostatnie jedynie tylko dlatego, że ubogiego Hiszpana i znakomitego już Pasteura, tak jak Kocha i Spinę porównywają tutaj z dwoma nieprzyjaznemi sobie biegunami. W tak jednak ważnej dla tureckiego wschodu kwestyi, jak odkrycie środka mającego zabezpieczać, czy też nawet leczyć wściekliznę, której pierwiastek zakaźny, pomimo twierdzeń p. Folla z Genewy, pozostaje nieznanym, należałoby, ażeby za przykładem Rządu węgierskiego i Stanów Zjednoczonych, wysłano i z Turcyi lekarzy, którzyby pod umiejętnym kierunkiem samego wynalazcy, zapoznali się z istotą badań i przeprowadzonemi doświadczeniami, Inaczej bowiem będzie to nieodżałowana strata, jeżeli o zdobyczach leczniczych będziemy sądzić tylko zdała i z przykładów gdzieindziej zauważanych. Na wysłanie jednak lekarzy przez rząd i liczyć nawet nie wypada. Bo tutejsze sfery tureckie, przekonane, że pierwej, czy później ktoś ich zagarnie, gnuśnieją tylko w apatyi wyczekiwania i na każdy projekt godny podjęcia i zastosowania odpowiadają zdaniem, że usuwający ich z widowni europejskiego bytu niechżeż zabierze i psy ich, których pożądana w takim razie wścieklizna będzie dla przyszłych zdobywców pierwszym stopniem zemsty, zahartowującej do zapoznania się z miejscowemi stosunkami! Podobne jednak twierdzenia nie będą w stanie sprowadzić z właściwego toru sumiennego hygienistę. Bo myśl ochronnego działania przeciwko stanom chorobowym zakaźnym, jakkolwiek pogardzana przez rządzących, zostanie jednak podjętą przez jednostki i ci, dla których postępy nauki nie są rzeczą obojętną, jak kilku tutejszych chemików, a na ich czele Bąkowski-bey, nie wątpię, że pospieszą zapoznać się z postępowaniem francuskiego badacza, i dotychczasowe przypuszczenia możebnej wartości ochronnej kultur Pasteura, postarają się wypróbować na osobnikach, nie trudnych tu do odszukania.

Przejdźmy teraz do poznania warunków codziennej tu sytuacyj sanitarnej. Początek zimy, zaznaczony naprzemian kilkoma dżdżystemi, a przeważnie pogodnemi dniami, usunął zapowiedziane obawy trudnego przebycia tej pory roku. Jednakże częste zmiany atmosferyczne odgrywają bardzo ważną rolę w występowaniu przypadków chorobowych, jakie zdołano zauważyć w tym krótkim okresie czasu. Wprawdzie nie były one zbyt liczne ani też nie przybrały charakteru ściśle dającej się określić epidemii, niemniej jednak zaniepokoiły swoją rozmaitością i gwałtownym występowaniem pojawów. Ztąd też i śmiertelność była dość wydatną.

Kierunek wiatrów nadbosforskich w tej porze roku, może być policzony do istotnych niespodzianek. Dominującemi bywają wiatry południowy i północny. Jednakże tę przedstawiają rozmaitość, że mieszając się niejako z wiatrami dwóch przeciwnych kierunków, pozwalają w ciągu jednej doby doświadczać wpływu czterech por roku. Pojaw to uderzający i nie zauważany w żadnym innym klimacie i który niepodobna wytłumaczyć jak tylko uwzględnieniem wyłącznego ustroju Bosforu, któremu zawdzięczamy, że klimat Konstantynopola pomimo niedogodności, jakie przedstawia, jest jednym z łagodniejszych i zdrowszych.

Niemniej jednak te to niezwykłe oscylacyje temperatury w porze roku najbardziej niedogodnej, ta zbyteczna ruchliwość termo- i barometru, stan hygrometryczny atmosfery, stała gruntowa wilgość, pojawy wpływu elektryczności, jakie sprowadzają zmiany meteorologiczne, nie mogą pozostać obojętnemi dla ustrojów osłabionych przez inne wyniszczające przyczyny i tłumaczą do pewnego stopnia rozmaitość chorobową, jaka w ostatnich tygodniach wydatnie cechowała nasz ustrój sanitarny. (C. d. n.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych.

L. 8067. Dnia 3 czerwca 1889 r.

Z powodu szczegółowego sprawozdania o wykonywaniu pomocy położniczej przez nieuprawnione do tego kobiety, wskazało Namiestnictwo d. a. na to, że przy przeprowadzeniu n. rozporządzenia z d. 6 marca 1854 R. g. B. Nr. 57, tyczącego się nieprawnego wykonywania pomocy położniczej, powstają dla władz politycznych trudności o tyle, o ile w wielu przypadkach stwierdzenie przyjętego wynagrodzenia z jednej strony, jako też zarobkowego zajmowania się z drugiej strony, jest niemożebnem, i że z tego powodu zarządzane dochodzenia karne wcale nie rzadko pozostają zupełnie bez skutku. Ze względu na te spostrzeżenia oświadczyło się wspomniane Namiestnictwo za potrzebą zmiany odnośnego przepisu w tej myśli, że stwierdzenie nieprawnie niesionej pomocy, albo zaniedbanego wezwania egzaminowanej położnej lub lekarza, w razie, jeżeli takie wezwanie według okoliczności w poszczególnym przypadku istniejących byłoby możebnem, jest wystarczającem, aby módz wystąpić w celu ukarania.

Z c. k. Namiestnictwa, l. 40.442. W. Panu Prezydentowi kr. gł. m. Krakowa poleca się, aby o spostrzeżeniach zrobionych co do zastosowania powołanego rozporządzenia ministeryjalnego, po poprzedniem ścisłem zbadaniu rzeczy i przy dołączeniu odnośnych aktów zdał sprawę c. k. Namiestnictwu najpóźniej do końca lipca b. r. Lwów 15-go lipca.

W zastępstwie: *Karasiński* w. r.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 1 sierpnia. Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Podpisani mają zaszczyt zawiadomić Redakcyję *Przeglądu Lekarskiego*, że stósownie do uchwały powziętej podczas Zjazdu w Waszyngtonie, **X-ty Zjazd międzynarodowy lekarski** odbędzie się w Berlinie, między 4 a 9 sierpnia włącznie, 1890 roku. Program szczegółowy zostanie rozesłany natychmiast po powzięciu uchwał przez Zgromadzenie delegatów wydziałów i towarzystw lekarskich niemieckich, które odbędzie się w Hejdelberdze d. 17 sierpnia b. r. Upraszając szanowną Redakcyję o rozpowszechnienie niniejszej odezwy w kołach swych czytelników, prosimy jednocześnie powtórzyć im nasze uprzejme zaproszenie na Zjazd.

von *Bergmannn*, *Virchow*, *Waldeyer*.

* W Krynicy do dnia 22-go lipca bawiło gości 2497, w Iwoniczu 1311, w Żegiestowie 440, w Cieplicach czeskich do dnia 28 lipca 4924.

* Dobromil. Dzięki staraniom lekarza powiatowego Dra Bieńczewskiego wyasygnował Wydział Rady powiatowej kwotę 50 złr. na zakupienie krowianki dla gmin powiatu dobromilskiego; niemniej zwierzchność gminna miasta Dobromila zakupiła krowiankę za 9 złr., w celu szczepienia dzieci miejscowych.

* W Pradze zawiązał się Komitet w celu wydania wszystkich dzieł niewygasłej pamięci prof. Jana Purkyniego. Komitet składa się z następujących, zaszczytnie i u nas znanych przewódców czeskiej nauki lekarskiej, profesorów: J. Hlawy i J. Thomayera, oraz docentów: K. Chodouńskiego i J. Mareša; do nich też zgłaszać się należy w sprawach zamierzonego wydawnictwa.

* Wyciągi borowinowe Mattoniego doczekały się prawie jednocześnie dwóch poważnych rozpraw: Dr. Kraus, oraz Dr. Lieber i Mohr na podstawie nauki i doświadczenia zalecają sól borowiny franzensbadzkiej, jako środek leczniczy wielkiej wagi, w szczególności w praktyce pedijatrycznej.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Kapelusz, lekarz praktykujący dotychczas w Starych Brodach, przeniósł swoją siedzibę do Biały koło Bielska. — Dr. Laskiewicz z Niżankowic objął posadę lekarza miejskiego w Uhnowie.

* **Nekrologija**. Doc. Dr. Meyer, długoletni asystent Kussmaula w Strassburgu, zakończył życie. Prof. Loretta, długoletni kierownik kliniki chirurgicznéj, umarł w Bolonii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W Pamiętniku Towarzystwa lekar. warszawskiego: Dra Kolińskiego: Przyczynek do nauki o odżywianiu oka na zasadzie badań nad działaniem naftaliny na oko. — Dra Drobnika: O charłactwie śluzowo-opuchlinowem (dok.) — Dra Funka: Studyja kliniczne nad mięsakami skóry (dok.). — Dra J. Zawadzkiego: Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0·7% roztworów soli kuchennéj na krew i mocz (po silnem zgęszczeniu krwi) (dok.). — Dra E. Biernackiego: Wpływ na krew i wydzielanie moczu roztworów solnych, wprowadzonych pod skórę w wielkiéj ilości (dok.). — Dr. Sergiejenki: Materyjały do badań nad działaniem adonidyny na ustrój człowieka i zwierząt (c. d.). — Dra J. Bielińskiego: Stan nauk lekar. za czasów Akad. medyko-chirurg. wileńskiéj, biblijograficznie zestawiony (c. d.). — *W Gazecie Lekarskiéj* (Nr 29). — Dra Sokołowskiego: Przyczynek do Patologii i terapii rozrostowego zapalenia części podgłośniowéj krtani. — Dra Pawińskiego: Strophantus, jego wpływ na serce (c. d.). — Nr. 30. Dra Jakowskiego: Przyczynek do etyjologii ostrego zapalenia płuc. — Dra Pawińskiego Strophantus, jego wpływ na serce. — *W Zdrowiu* Nr. 46. Dra Rauma: Obecny stan wiadomości naszych o wpływie światła na bakteryje i na ustrój zwierzęcy. — Dra Bujwida: Rys zasad bakteryjologii w zastosowaniu do zdrowotności. — Dra A. Malinowskiego: W ciekawéj kwestyi „co daléj począć?“ — *W Kronice Lekar.*; (Nr. 7) Dr. Feilchenfeld: Cukrzyca.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. Lekarzy galicyjskich za r. 1888. Lwów. 1888, in 8-vo str. 24. — Prof. RYDYGIER: O leczeniu wola (odbitka z *Gaz. Lek.* 1888) in 8 vo str. 10. — Tenże: Zabiegi chirurg. w przebiegu chorób żołądka (odbitka z *Medycyny* 1888) in 8-vo str. 5. — Tenże: Behandl. d. Kropfes (odbitka z *W. med. Woch.* 1888) in 8-vo str. 11. — Tenże: Zur Operationstechnik b. d. Unterb. d. Art. thyroidea inf. (odbitka z *Centralbl. f. Chirurg.* 1889) in 8-vo str. 3. — Tenże: Przyczynek do sposobu oper. przy podwiązaniu t. tarczyk. doln. (odbitka z *Przeglądu Lek.* 1889) in 8-vo str. 35. — RYDYGIER i JAWORSKI: Ein Fall v. Gastroenterostomie (odbitka z *D. med. Woch* 1889 in 8 vo str. 14. — Dr. G. FRITSCHE: Sprawozdanie z kolonij letnich dla biednych słabowitych dzieci w r. 1888, Warszawa, 1888, in 12-o, str. 21. — Dr. Fr. CHŁAPOWSKI: Krótki pogląd na obecny stan rozpoznawania chorób żołądka (odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo m. str. 14. — Dr. JINDRICH ZAHOR (w Pradze) Pátá výroční zpráva městkeho fysikátu o zdrav. poměrech k. hl. m. Prahy za rok 1886. V Praze 1889, in 8-vo str. 393 z licznemi tablicami. — Proff. KORCZYŃSKI i JAWORSKI: O niektórych dotąd nieuwzględnionych szczegółach klin. i anat. w przebiegu wrzodu okrągłego i t. zw. nieżytu kwaśnego żołądka. (Odbitka z *Przegl. Lek.*), 1889, in 8-vo str. 28. Dr. F. OBTUŁOWICZ (w Buczaczu) Ein Beitrag zur Derm.-Chirurgie (Odbitka z *W. med. Blätter* 1889), in 8-vo str. 12.—Dr. STACHIEWICZ: Die Heilbarkeit der Kehlkopf; Schwindsucht und deren Behandlung mit Milchsäure. (Odbitka z Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf. — Dr. E. KRAUS: Ueber die Anwendung der mattonischen Moorextracte in Krankheiten des Kindesalters. — Dr. LIEBER i Dr. MOHR: Chemische experimentelle Untersuchungen über Mattoni's Moor-Extracte zu Bädern. — Dr. R. BUKOWSKI: O wyłuszczaniu twardych guzów z macicy za pomocą cięcia w jéj ścianach. Warszawa. (Odbitka z *Gazety Lekarskiéj* 1889).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Ch. w Tomsku: Otrzymaliśmy, bardzo dziękujemy.

W zastępstwie redaktora: Dr. A. Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków. 10 Sierpnia 1889. Nr. 32.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jedeu numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Podał

Dr. Aleksander Bossowski,

I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Skuteczny wpływ, który wywiera na wyrównanie skrzywień skolijotycznych mechaniczne redressowanie tychże, czyto krótko-trwałą siłą rąk, czy też jak postępuje Lorenz, używając w tym celu głównie zawieszenia bocznego i sile ciężaru ciała chorego porucza zadanie wyprostowania skrzywienia bocznego, lub jak w metodzie Fischera, zawieszony na pętli ciężar przez pociąganie téjże dokonywa wyprostowania skrzywionego w bok kręgoslupa, były mi pobudką do skonstruowania przyrządu, któryby dzień cały przez chorego noszony, statecznie skrzywienia wyrównywal i równocześnie, o ile to jest na skielecie osób młodych o elastycznych kościach i nieukończonym rozroście tychże możebnem, na zmianę kształtu żeber poprawczo mógł wpływać.

Najodpowiedniejszym do tego celu wydał mi się gorset w zawieszeniu pionowem chorego założony, na którym, przez odpowiednie urządzenie, możnaby ustalony wpływ zawieszenia wzmocnić i zwolna, ale statecznie kręgoslup zbaczający do linii środkowéj, a nawet po za nią przepchnąć. Gorset więc ten służyć miał z założenia samego do cięższych ustalonych przypadków skolijozy, które pod wpływem zawieszenia nie wyrównywają się wcale, albo tylko w części. Ideę urządzenia mego gorsetu trwale mającego redressować skrzywienie kręgosłupa, przejąłem z opatrunku podanego przez Mikulicza w celu wyprostowania *genu valgum*, gdzie jak sądzę, panują bardzo zbliżone stosunki anatomiczne do tych, z któremi spotykamy się w przebiegu skolijozy. Technika gorsetu jest prosta i z tego też powodu zastósowanie jego zaleca się w praktyce poliklinicznéj. Po zawieszeniu chorego za głowę unosidłem Beelye'go, zdejmuję przedewszystkiem za pomocą opasek gipsowych odcisk jego tułowia, jako gorset gipsowy wprost na ciele zwilżonem gliceryną zakładany, który natychmiast po ukończeniu przecinam w środkowéj linii przedniéj i, złączywszy go po zdjęciu z chorego opaską organtynową nakrochmaloną, albo zaraz albo dopiero po upływie 24 godzin, skoro przesechł, wypełniam papkę gipsową, aby w ten sposób uzyskać wierny odlew tułowia, na którym dopiero gorset właściwy zakładam. Jako materyjału używam opasek organtynowych dobrze nakrochmalonych i należycie ręką rozcieranych śród zakladania gorsetu, aby pojedyncze warstwy ściśle zostały zlepione. Stósownie do wielkości gorsetu i siły oporu, który ma pokonać, wystarczą 8—14 opasek szerokich na 10 cm., długich na 8 metrów. Między warstwy opasek wlepiam w linii środkowéj na przedniéj i tylnéj jego ścianie zawiasy, umocowane na taśmach stalowych dość giętkich, aby je nagiąć można odpowiednio do kształtu tułowia, i zaopatrzonych w boczne gałązki dla tem pewniejszego ustalenia ich i zapobieżenia późniejszemu wysuwaniu się z pomiędzy warstw gorsetu. Na ścianie przedniéj, gdzie gorset następnie ma być rozcięty, rozgałęzienia boczne płytek zawiasowych znachodzą się tylko po jednym ich boku. Stawy zawiasowe założone są w punkcie odpowiadającym szczytowi krzywizny skolijotycznéj, dozwalają na ruchy w kierunkach bocznych około osi sagitalnéj. Po stronie wypukłości skolijozy wlepiam nadto między warstwy gorsetu 4 haczki, 2 w linii pachowéj przedniéj, drugie 2 zaś na wewnątrz od linii pachwowéj tylnéj w górną i dolną część gorsetu. Po 48 godzinach, gorset pozostawiony na odlewie gipsowym w miejscu ciepłem, jest dostatecznie suchy tak, że można go teraz przeciąć na przedniéj ścianie nieco na prawo lub lewo od zawiasy i zdjąć z odlewu. Po zawieszeniu chorego następuje przymierzenie gorsetu i oznaczenie granicy górnéj z tyłu nieco wyżéj pach, z przodu ponad sutkami leżącéj i granicy dolnéj, którą reguluję tak, że po stronie wypukłości skolijozy sięga gorset 3—4 cm., po stronie zaś przeciwnéj $^1/_2$—1 cm. poniżéj kolca górnego przedniego kości biodrowéj. Również wycięcia pachwowe wykrawam tak, że takowe po stronie wypukłości skolijozy jest znacznie płytsze i sięga aż prawie do szczytu pachy, po stronie przeciwnéj zaś sięga ono zna-

cznie niżéj. Teraz rozdzielam poprzecznie gorset na 2 części, tak, że po stronie wypukłości skolijozy wycinam owal, którego oś krótka prostopadle przebiega na bocznéj ścianie klatki piersiowéj i pada na wypukłość skrzywionych żeber, stąd zaś w kierunku zawiasów owal staje się coraz węższy. Po stronie drugiéj w linii pozioméj w wysokości zawias przecinam gorset linijnie. Po wygładzeniu brzegów ostrych gorset zostaje obciągnięty materyją trykotową, brzegi jego otoczone skórką irchową i wzdłuż rozcięcia przedniego podłużnego zostają umocowane paski skórzane nabite gwoździkami do zakładania sznurówki (Fig. 7). Gotowy gorset zakładam na



Fig. 7.

chorym zawieszonym i zaszunrowuję tasiemką elastyczną, a następnie między haczkami, wlepionemi w gorset, naciągam sznur elastyczny, zrazu wolno tylko go napinając a stopniowo, gdy chory przywykł już do gorsetu, zaciągam go coraz silniéj. Przez pociąganie, które sznur elastyczny wywiera, górna i dolna część gorsetu po stronie wyciętego owalu zbliżają się do siebie, po przeciwnéj zaś stronie tworzy się między górną i dolną częścią gorsetu rozstęp. Gorset z opasek organtynowych ma te zalety, że jest stosunkowo wcale lekki, mimo wlepionych zawias i haków, giętki i podatny, a przecież dość oporny i chociaż wytrzymać musi nieraz dość znaczne napięcie, nie łamie się wcale. Działanie jego występuje natychmiast po zastosowaniu dość silnego naciągania elastycznego, jak to widzieć można porównywając (Fig. 1 i 2, 3 i 4, 5 i 6). W przypadkach tych, gdzie skrzywienie pierwotne skolijozy zajęło odcinek piersiowy kręgosłupa i tułów przesunięty jest na miednicy ku prawéj stronie, po założeniu gorsetu z elastycznem naciąganiem wytwarza się wprost przeciwne przesunięcie tułowiu ku stronie lewéj, a odpowiednio do tego kształtują się też inaczéj kontury boczne tułowiu. Wypukły przedtem kontur prawy staje się wklęsłym, wklęsły kontur lewy wypukla się teraz wyraźnie, jak to widać dokładnie w rozstępie tworzącym się między górną a dolną częścią gorsetu pod wpływem naciągania elastycznego. Wygładzone skrzywieniem kręgosłupa piersiowego prawe wcięcie kibici zagłębia się obecnie, po stronie zaś lewéj przeciwnie wcięcie kibici zanika. Prawe biodro, poprzednio zakryte, sterczy wprzód, gdy przeciwnie lewe biodro, poprzednio wysterczające, obecnie się wygładza i kryje. Bark lewy, jak to z rozstępu stanika po téj stronie wynika, zostaje uniesiony ku górze, przeciwnie zaś bark prawy obniża się wraz z łopatką. Ułożenie łopatek zmienia się też tak, że łopatka prawa przedtem w kierunku sagitalnym ułożona i wyparta dolnym swym końcem w tył, przesuwa się ku linii środkowéj i przypłaszcza, a *sulcus paraspinalis*, przedtem wypuklony, okazuje teraz lekką wklęsłość. Szczegóły bliższe zamieściłem w opisach przypadków w końcu méj pracy podanych, tu wspomnę tylko, że łuk krzywizny skolijotycznéj pod działaniem gorsetu z elastycznem naciąganiem przypłaszcza się i to znacznie więcéj, niż pod wpływem zawieszenia ciała w kierunku prostopadłym i przypuścić należy, że po dłuższem noszeniu gorsetu osiągnąć się da w przeważnéj liczbie przypadków zupełne wyprostowanie skrzywienia bocznego, w przypadkach zaś daleko posuniętych przynajmniéj znaczne wyrównanie zboczenia. Rzecz naturalna, że dla osiągnięcia tego skutku należy co pewien niezbyt długi czas, według mego przekonania co miesiąc, w miarę jak zboczenie się wyrównywa, gorset odnowić, a to zdejmując znowu świeży odcisk z tułowiu, jeśli działanie gorsetu ma być należycie rozwinięte. Czas obserwacyi moich jest zbyt krótki, abym pewne w téj chwili mógł wyciągać wnioski, a jeśli skłoniłem się już dzisiaj do ogłoszenia prób moich, to usprawiedliwia mię efekt, który natychmiastowo prawie osiągnąłem, zwłaszcza, że również stały postęp na lepsze, który w tym krótkim czasie zauważyłem, budz we mnie nadzieję pomyślnych w przyszłości rezultatów. Od gorsetu z naciąganiem elastycznem śmiem oczekiwać jednak czegoś więcéj; pod wpływem ucisku dość znacznego wywartego na garb żebrowy przez zbliżanie się do siebie górnéj i dolnéj części gorsetu po stronie wypukłości skolijozy, który nadto można wzmocnić przez wsuwanie podkładek filcowych, na wypukłość przednią i tylną żeber, mniemam, że uda się osiągnąć tam, gdzie kości dość jeszcze są podatne, i rozrost ich nie dosięgnął kresu, pewną poprawę w krzywiźnie żeber. (C. d. n.)

II. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale.

Podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Hercogowinie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Celem przekonania, się czy czynniki powyższe wśród naturalnych warunków wartość swoją zachować mogą, przedsięwziąłem równocześnie i nieco późniéj następujące doświadczenia:

I. W naczyniu blaszanem o pojemności jednego litra zachowałem płynną część zawartości dołu kloacznego, oddziaływającéj słabo kwaśno i nie zawierającéj prawie żadnych zbitszych cząstek stałych, a oznaczywszy poprzednio drogą hodowli płytkowych ilość znachodzących się grzybków wogóle, zmięszałem z 200 ctm.³ świeżo oddanego kału duro-

wego. Badanie bakteryjologiczne owéj płynnéj części wykazało, że takowa nader jest bogatą (1,500.000 kolonij na 1 ctm.³). Badanie zaś kału durowego przed dodaniem tegoż do płynnéj zawartości dołu kloacznego okazało, że na 410 kolonij grzybków przeróżnych, 22—25 kolonij prątka durowego znachodziło się, co na 21 hodowlach płytkowych, przy użyciu rozmaitego stopnia rozcieńczenia, stwierdzono. Już po 48 godzinach, wśród których mięszanina ta w ciepłocie pokojowéj pozostawała, nie byłem w stanie na licznych hodowlach płytkowych ani jednéj kolonii prątka durowego wykazać, mimo, że próbki z rozmaitéj głębokości i rozmaitych warstw mięszaniny wyjęto. Doświadczenie to z takimże skutkiem powtórzyłem dotychczas 4 razy. Że w danym wypadku rzeczywiście o obumieranie prątków durowych, a nie o całkiem możliwe przeoczenie tychże się rozchodziło, najlepiéj pouczyła mnie następująca modyfikacyja doświadczenia: 2 ctm.³ mięszaniny owéj dodałem do 300 ctm.³ jałowéj i przez ogrzanie rozpuszczonéj pożywki gelatynowéj i w całości zużyłem do 31 hodowli płytkowych. Jako wynik otrzymałem: że ani na jednéj z hodowli tych kolonij prątka durowego nie znalazłem.

Przyczyny obumierania wprowadzonych prątków durowych należałoby szukać z jednéj strony w działaniu grzybków pierwotnie ową ciecz kanałową zamieszkujących, z drugiéj w działaniu produktów przemiany materyi przez to zrządzonych, w trzeciéj linii w słabo kwaśnem oddziaływaniu cieczy owéj. Celem przekonania się, który z powyższych czynników gra tu rolę, poddałem 200 ctm.³ cieczy kanałowéj przez dni 4 zjałowieniu częściowemu przez ogrzanie do ciepłoty 75° C. i przekonawszy się następnie drogą hodowli, że przerywane zjałowianie obumarcie wszystkich grzybków sprowadziło, zmięszałem ciecz tę z 10 ctm.³ świeżego, a w prątki durowe dość bogatego kału. Przez codzienną kontrolę drogą hodowli mogłem przez cały miesiąc (31 dni) obecność grzybków durowych wykazać, ilość tychże jednak w porównaniu z ilością, jaką z tego samego kału zachowanego bez cieczy kanałowéj wyhodować mogłem, znacznie i stale była mniejszą.

Celem przekonania się, o ile słabo kwaśne oddziaływanie zjałowionéj cieczy kanałowéj wpływać może, niszcząco na grzybki durowe zobojętniłem ciecz tę dwuwęglanem sodowym i zmięszawszy z kałem durowym znalazłem, że tak ilość prątków durowych jak i grzybków pierwotnie w kale się znachodzących, znacznie większą była, niżeli w poprzedniem doświadczeniu. Zaprawiając nieco zjałowionéj cieczy kanałowéj małą ilością hodowli grzybka durowego, przekonałem się, że grzybki te po upływie 3 tygodni zupełnemu obumarciu uległy. Jestem przekonany, że doświadczenia dopiero co opisane, nie wystarczają jeszcze do rozjaśnienia kwestyi, któremu z czynników obumieranie prątków durowych przypisać należy, konstatuję jedynie fakt, że obumieranie, i to szybkie, ma miejsce. Przed niedawnym czasem, z okazyi sanitarnéj wizytacyi miasta Stolacu, miałem sposobność badania oddziaływania cieczy kanałowéj przynajmniéj 60-ciu dołów kloacznych, — zawsze znachodziłem słabo kwaśne oddziaływanie cieczy téj, wybitniejsze w dołach otwartych niż w zamkniętych, podczas gdy treść stała prawie stale oddziaływanie alkaliczne okazywała, a przyczyny zjawiska tego szukać należy w téj okoliczności, że w doły te stosunkowo mało moczu a wiele wody kuchennéj, jakoteż odpadków kuchennych wchodziło. W dołach szczelnie zamkniętych, w niektórych według systemu beczkowego zbudowanych dołach kloacznych tutejszych koszar, gdzie prócz kału jedynie mocz był złożony, oddziaływanie całości zawsze było alkaliczne, a powtórzenie doświadczenia z niezjałowioną alkaliczną cieczą kanałową i kałem durowym, nie mogło mnie o wybitnéj różnicy w wyniku przekonać.

W dalszym ciągu poszukiwań moich wykonałem cały szereg doświadczeń nad wpływem kału stałego lub papkowatego z dołów kloacznych na grzybki durowe z kału durowego, które po niżéj streszczam: 1) 50 ctm³ kału kloacznego alkalicznego oddziaływania zmięszałem z 50 ctm.³ kału pacyjenta w 17-tym dniu choroby będącego, który to kał w hodowlach płytkowych na 1 ctm.³ przeszło 2000 kolonij grzybka durowego zawierał, i tąż samą drogą stwierdziwszy, że zaraz po dokładnem zmięszaniu na 360 kolonij grzybków wogóle 1 kolonija prątków durowych się znachodziła, zachowałem w naczyniu watą zamkniętem w ciepłocie pokojowéj 16—28° C. Po dniach 5-ciu stosunek grzybków durowych do grzybków kałowych był 1:900, po 10 ciu 1:3000, po 30-tu 1:9000, a po 45-ciu dniach nie mogłem na licznych hodowlach płytkowych ani jednéj kolonii prątka durowego wykazać. Tożsamość znalezionych kolonij durowych stwierdzałem każdego razu przez przeszczepienie i hodowlę na pożywce ziemniaczanéj, a badanie to pojawianiem się grzybka wielce do grzybka durowego podobnego, który jednak na pożywce kartoflanéj nicalkaleskowanéj tworzył warstwę bujną barwy blado-niebieskiéj, znacznie było utrudnione.

2) Tę samą ilość kału zmięszano z 50 ctm.³ cieczy kanałowéj i 50 ctm.³ kału durowego tego samego pochodzenia, co przy doświadczeniu 1-szem i zachowano w ciepłocie pokojowéj. Po dniach 10 ciu nie byłem w stanie wykazać w 31 hodowlach płytkowych kolonij prątku durowego.

3) Toż samo doświadczenie powtórzone z podwójną ilością cieczy kanałowéj pouczyło mnie, że obumieranie prątków durowych już po dniach 8-miu nastąpiło.

4) 50 ctm.³ kału pacyjenta w 19-tym dniu choroby, w którym nader wiele prątków durowych się znachodziło, zmięszano z 1 litrem wody rzecznéj, zawierającéj w 1 ctm.³ do 900 grzybków wogóle i w zamkniętem naczyniu zachowano w łożysku rzeki przy ciepłocie 11·6—16·6 C. Badanie próbek wyjętych po 24-ech godzinach wykazało dość znaczną ilość grzybków durowych (160 na 1 ctm.³ mięszaniny), jeszcze po 48-miu godzinach ilość tychże wynosiła 100 na 1 ctm.³, po 96 godzinach na 21 płytkowych hodowlach przedsięwziętych, z rozmaitemi próbkami z rozmaitéj głębokości, nie można było ani jednéj kolonii typowéj wykazać, który to wynik często powtórzonem badaniem w dniach następnych potwierdzić mogłem.

5) Toż samo doświadczenie powtórzono z wodą deszczową, zebraną z cysterny, zawierającą średnio 360 kolonij przeróżnych grzybków w 1 ctm.³, przyczem całość w ciepłocie wody zbiornikowéj 14 6 zachowano. Po 72 godzinach nie można było prątków durowych drogą hodowli wykazać, a przyczyny tego nagłego obumierania szukać muszę w obecności grzybków, pożywkę gelatynową rozpuszczających, z grupy Proteus, których w wodzie rzecznéj nie było, a które tym razem w wodzie cysternianéj licznie reprezetowane były. Gdym tę samą ilość kału durowego z 100 krotną ilością wody cysternianéj zmięszał, przekonałem się na 26 hodowlach płytkowych, do których 0·01—0·1 mięszaniny zużyłem, że obumarcie prątków durowych już po 60 godzinach nastąpiło, mimo, że po upływie pierwszych 24 godzin ilość takowych jeszcze 22 na 0·1 Ct³ mięszaniny wynosiła.

6) 150 ctm.³ kału pacyjenta w 20-tym dniu choroby przesączono przez grubą warstwę bibuły, pozostały osad zmięszano z równą ilością normalnego kału stałego i 22 ctm.³ przekroplonéj jałowéj wody i pozostawiono w naczyniu szklannem watą zamkniętem w ciepłocie pokojowéj. Po miesiącu jeszcze dały się w mięszaninie téj prątki durowe z całą ścisłością wykazać, to samo po 55 i 70-ciu dniach, a po upływie dni 100-tu na 20 płytkowych hodowlach, do których cząstek kałowych z rozmaitéj głębokości użyłem, zaledwie 2 kolonije prątka durowego znaleść mogłem.

7) 100 gr. ziemi ogrodowéj zjałowiono, o ile to przez $1\frac{1}{2}$ godzinne ogrzanie do 200° C. było możliwe, i po ostudzeniu zmięszano z 50 ctm.³ kału durowego, — i zachowano w ciepłocie piwnicznéj. Po dniach 10-ciu można było na hodowlach płytkowych jeszcze dość liczne kolonije prątka durowego, (1:400 obcych kolonij) wykazać, ilość tych ostatnich po upływie dalszych 15 dni wzrosła, bo na hodowlach pły-

tkowych stosunek prątków durowych do grzybków wogóle 1:760 wynosił. Jeszcze po 3 miesiącach, wśród których ciepłota piwniczna znacznym ulegała wahaniom, dały się prątki durowe wykazać, co mnie po doświadczeniach Granche-Deschampsa bynajmniéj nie zadziwiało. Badaczom tym udawało się prątki durowe jeszcze po 5-ciu miesiącach w ziemi wykazać.

8) W doświadczeniu powtórzonem z tą odmianą, że całość co dni 5 wodą deszczową skrapiana była, mogły się prątki durowe zaledwie dni 31 utrzymać, po którym to przeciągu czasu absolutnie wykazanymi być nie mogły.

9) Do 50 ctm.³ kału durowego dodano 100 gr kału normalnego, 300 gr. świeżo oddanego moczu, 20 gramów świeżo wypalonego sproszkowanego wapna i zachowano w ciepłocie pokojowéj. Już po 48 godzinach niepodobna było prątków durowych wykazać, jakkolwiek kał durowy przed doświadczeniem badany znaczną tychże ilość zawierał, w temże doświadczeniu również i ilość grzybków wogóle znacznie była mniejszą.

10) 150 ctm.³ kału durowego po przesączeniu poddano przez dni 10 działaniu słońca, aż do zamienienia się w brunatną sproszkowaną masę, a następnie zmięszano odrobinę téj masy z jałową pożywką rosołową i po 24 godzinach użyto do hodowli płytkowych z 10% pożywką gelatynową. Na wszystkich płytkach wybitne kolonije prątka durowego, a przez powtarzane co dni 5 badanie mogłem żywotność prątków tych aż do 50-go dnia skonstatować, po upływie 2 miesięcy jednakże nie mogłem żadnéj kolonii durowéj wykazać.

Zbierając wyniki powyższych doświadczeń znachodzę, że im więcéj cieczy kanałowéj lub wody, tem szybsze obumieranie prątków durowych w kale, tem dokładniejsze i szybsze zniszczenie tychże przez grzybki gnilne, zkąd ważny wniosek dla praktycznéj hygijeny, że przez spłukiwanie dołów kloacznych lub kanałów, i zapobieganie uwalnianiu się części płynnéj z tychże, osiągniętem być może, szybsze zniszczenie zarazków oraz, że doły kloaczne wśród sprzyjających warunków snadno być mogą, źródłem zakażenia jakkolwiek znaleziony w doświadczeniach moich czas trwania żywotności grzybków durowych znacznie jest krótszy od znalezionego przez Uffelmana.

Literatura. [1]) Die normal in den menschlichen Fäces vorkommenden pflanzlichen niedersten Organismen (*Zeitschrift für klinische Medicin* 1881. — [2]) Bienstock: Ueber Bacterien der menschlichen Fäces (*Zeitchrit für klin. med.* VIII, 1887). — [3]) Escherich: Die Darmbakterien des Säuglings 1886). — [4]) Ueber den Nachweis der Typhusbacillen im Darminhalt und Stuhlgang. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1885 p. 500). [5]) Fraenkel-Simmonds: Die aetiologische Bedeutung des Typhusbacillus 1886. — [6]) Seily: Bacteriologische Studien zur Aetiologie des Typhus. München 1886. — [7]) Lancet: 1886. Vol. II, Nr. 3. — [8]) *Giornale internat. delle scienze med.* 1886. — [9]) *Archives de Physiologie* 1887. — [10]) *Centralbl. für klinische Medicin* 1887, Nr. 22. — [11]) *Ibidem* Nr. 41. [12]) *Przegląd Lekarski,* 1889. — [13]) Eine seltene Darmtyphus-Complication. *Berliner klin. Wochenschrift* 1888, Nr. 47. — [14]) l. c. p. 10. — [15]) l. c. 111 + 112. — [16]) *Centralblatt für Bacteriologie* 1889, Nr. 15 + 16.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

2 lata temu zbadał Dr. Mays oddychanie u 22 indyjanek w wieku od 10—22 lat, przy czem okazało się, że one posiadają typ oddechania brzuszny. Obecnie zbadał Dr. Kellog oddychanie kobiet z Chin i Japonii i przyszedł do tychże samych wyników. Kobiety cywilizowane nie noszące gorsetów posiadają ten sam typ, a znów mężczyźni, którzy przez dłuższy czas noszą gorsety zmieniają oddychanie na piersiowe. A zatem gorsety są przyczyną typu piersiowego, tamując ruch wnętrzności jamy brzusznéj; one to również wypierają macicę ku dołowi o 0·2 do 0·5 cali i sprowadzają zanik więzadeł ją podtrzymujących. (*The New-York Medical Record,* 27 kwietnia). *A. W.*

Patologija.

W. Gruzdiew: **O wpływie pocenia się na własności soku żołądkowego i kwasotę moczu.**

Autor wykonał 90 doświadczeń na 7 ludziach, z których 4 było zupełnie zdrowych, 3 zaś cierpiało na przewlekły nieżyt żołądka. Wyniki téj pracy można streścić jak następuje: 1. Kwasota soku żołądkowego, zawartość w nim wolnego kwasu solnego, siła trawiąca, jak również ilość tego soku zmniejszają się pod wpływem pocenia się, wydzielanie zaś pepsyny nie ulega żadnéj zmianie. 2. Stopień zmniejszenia zależy od stanu ustroju, (u zdrowych jest znacznie mniejszy niż u chorych), od siły pocenia się i czasu, który upłynął między poceniem się i wydzielaniem soku żołądkowego; nie zależy zaś zupełnie od sposobu, w jaki pocenie się wywołano. 3. Zmiany w soku żołądkowym zaszłe pod wpływem pocenia się utrzymują się przez czas dłuższy i to od kilku godzin aż do 2 dób i 4. Kwasota moczu nie ulega zmianom pod wpływem pocenia się. Wyniki te mogłyby posłużyć za wskazówki do wytłumaczenia pewnych zjawisk z zakresu patologii n. p., czy zaburzenia w trawieniu suchotników nie zależą po części przynajmniéj od częstych potów nocnych? Czy tak rozpowszechnione u żołnierzy choroby przewodu pokarmowego nie zależą również od nadmiernéj pracy, połączonéj z poceniem się? Wreszcie mogłoby w tem znaleźć uzasadnienie i zapatrywanie ludu w Rosyi istniejące, że nie należy zaraz po jedzeniu chodzić do łaźni. (*Wracz* 1889, Nr. 20). *A. W.*

Moore: **O zakażeniu gruźlicą za pośrednictwem narządów rodnych.**

Od chwili stwierdzenia zakaźnéj przyrody gruźlicy wykazano w kilku przypadkach nie tylko klinicznie, ale i anatomicznie przeniesienie się gruźlicy drogą spółkowania. Cohnheim, Hegar, Späth i inni wykazali, że zmiany gruźlicze na częściach rodnych mężczyzny (względnie w innych razach kobiety) mogą sprowadzić podobne zmiany u drugiego osobnika, poczem następuje zwykle gruźlica ogólna. M. opisuje 4 własne spostrzeżenia. W pierwszym przypadku ożenił się mężczyzna dotknięty gruźliczem zapaleniem przyjądrza z kobietą zdrową, która po 6 letniem pożyciu okazywała wrzody gruźlicze szyjki macicy, a późniéj gruźlicę płuc. 2. Kwitnąca pierwéj 18-letnia dziewczyna poroniła w drugim miesiącu, a od tego czasu istniały upławy białe. Lekarz znalazł owrzodzenie części pochwowéj, a w wydzielinie prątki gruźlicze; kochanek choréj cierpiał na gruźlicze zapalenie przyjądrza i obustronną gruźlicę płuc. Zupełnie podobnie w dwóch pozostałych przypadkach, kobiety dotychczas zdrowe, zaraziły się od mężów swych, cierpiących na gruźlicę przyjądrzy, a gruźlica miejscowa sprowadziła gruźlicę płuc. Badania wykazały, że 2% gruźliczych okazuje gruźlicę narządów płciowych. M. czyni następujące wnioski: Należy jak najdokładniej zawsze odrażać przedmioty, których używali ludzie dotknięci gruźlicą. Należy zabraniać związków małżeńskich między gruźliczymi. Jeżeli wśród pożycia jedno z małżeństwa zachoruje na pierwotną gruźlicę narządów płciowych, należy zabraniać dalszego obcowania płciowego. W tych sprawach ważne zadanie przypada lekarzom domowym. (*Int. klin. Rundschau* 1889, Nr. 2). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Jones zbadał parcie krwi w 200 przypadkach bólu głowy, powstającego bez żadnéj przyczyny i znalazł, że w pewnych razach ciśnienie krwi zmniejsza się, w innych zaś zwiększa się. Po usunięciu tych zmian w ciśnieniu, ustępuje i ból głowy. Skutecznem w takich razach jest działanie powolnego picia zimnéj wody, które może służyć za podstawę do rozpoznawania, z jaką zmianą ciśnienia mamy do czynienia. A mianowicie połykanie zimnéj wody odruchowo powiększa parcie i przyspiesza tętno, ale po kwandransie powstaje reakcyja, parcie obniża się znaczniéj niż było przed piciem, a tętno staje się wolniejszem. Dla tego woda zimna, wypita przez chorych, u których parcie jest podniesionem, zwiększa ból głowy, po kwadransie jednak ból się zmniejsza, a po pół godziny, jeżeli wypito dostateczną ilość wody, zwiększa się znowu. Odwrotnie bywa u osób z niskiem parciem. U tych występuje natychmiast zmniejszenie bólu, po kwadransie zwiększenie, a potem znowu zmniejszenie. Ostatnim pomaga również przechadzka podczas

wiatru, palenie, wszelkie pobudzanie etc. Leczenie więc będzie zupełnie różne. U osób z parciem obniżonem działają dobrze picie zimnéj wody, ruch, przyjęcie pokarmu, środki drażniące (np. amonijak), antipiryna, a w przypadkach chronicznych naparstnica. U osób zaś z podwyższonem parciem azotyn amylowy, nitrogliceryna, w przypadkach powtarzających się alkalija z żelazem. (*The Practitioner*. Maj). *A. W.*

Dr. Féré wynalazł przyrząd, który nazwał glosso-dynamometrem. Służy on do oznaczenia siły ruchów języka i oporu jaki tenże przy uciskaniu przedstawia. Dzięki temu przyrządowi odkrył Féré kilka nowych faktów. Tak n. p. przypuszczano dotychczas, że przy bezmowności nie ma żadnych zboczeń ruchowych, lecz tylko psychiczne. Tymczasem Féré wykazał, że zmniejsza się przy tem znacznie opór przy uciskaniu połowy języka, odpowiadającéj połowie ciała porażonéj. Również w porażeniu połowiczem macinniczem występuje t. zw. amyostenija. (*Le Progres médical*, 20 kwietnia). *A. W.*

Farmakologija.

Dr. Prentis opisuje 2 przypadki. w których po użyciu *jaborandi* zmienił się kolor włosów. W jednym przypadku włosy i brwi siwe zmieniły się na czarne, a w drugim jasno blond włosy zaczęły ciemnieć. Zwiększał się przy tem porost włosów. Obecnie Dr. Prentis jest zasypywany listami, w których proszą go, ażeby siwe włosy zmieniał na czarne. (*The Therapeutic-Gazette*. Kwiecień). *A. W.*

Helbing twierdzi, że *tra evodiae* jest najlepszym środkiem znoszącym woń jodoformową. Wystarczą już 2 krople wyciągu alkoholowego *evodiae*, ażeby pokryć woń 25 grm. jodoformu. Owoce *evodiae fraxinifoliae* zawierają do 4% brunatnego olejku, którego woń jest podobną do woni olejku bergamotowego. (*Allg. med. Central-Zeitung*, 8 marca).

Prof. Kunz zwraca uwagę, że mocne rozczyny wodne morfinu, zmięszane z takimiż rozczynami jodku l. bromku potasowego rozkładają się, przy czem strąca się bromek l. jodek morfinu. Dla tego też nie należy używać podobnych kombinacyj, a w razie jeżeli takowe będą uznane za konieczne, to należy dodać trochę wyskoku, który rozpuszcza powstały osad. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 11 marca).

Student w Bolonii Pappi wynalazł nowy środek nasenny, nazwany przezeń *uralium*. Środek ten składa się z połączenia wodnika chloralu z uretanem i według P. wywołuje sen pewniéj i łatwiéj od innych środków, nie zmieniając przy tem parcia krwi i nie wywołując żadnych ubocznych nieprzyjemnych objawów. Doświadczenia czyniono na zwierzętach i ludziach. (*The Britisch médical Journal*, 18 marca). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Dr. Finlayson opisuje nadzwyczajny przypadek znajdywania się w przewodzie pokarmowym człowieka żywych gąsienic z rodzaju owadów bezskrzydłych *anthornyi canicularis et scalaris*). 30-letni tokarz szkocki cierpiał na zatwardzenie i przyjął wskutek tego znaczną ilość środków czyszczących. Wkrótce powstały obfite płynne stolce, które składały się w znacznéj części z ruszających się gąsienic powyżéj wspomnianych owadów. Gąsienice te pod wpływem środków czyszczących wychodziły w obfitéj ilości i w ciągu następujących 3 dni. Owady tego gatunku składają swe jajka na roślinach gnijących i w zlewach. (*Glasgow-Medical Journal*. Marzec).

Chirurgija.

Lindenbaum: **Pomoc operacyjna w zapaleniu ropnem opłucnéj.**

Na podstawie 25 operacyj, wykonanych w ciągu 7 lat ostatnich, przychodzi autor do następujących wniosków: 1. W przypadkach samoistnego ropnego zapalenia opłucnéj, a również w razach zapalenia powstałego wskutek pneumonii krupowéj, pomoc operacyjna jest wskazaną; w tych przypadkach chirurg prawie z pewnością może przepowiedzieć wynik dodatni. Autor miał 9 podobnych chorych i wszyscy po operacyi szybko wyzdrowieli. 2. W przypadkach otoku ropowietrznego u suchotników nie przynosiła operacyja żadnych korzyści; zwykle po niéj ropienie nie ustępowało, ciepłota się podnosiła i cierpienia chorych stawały się większemi, niż były przedtem. Takich chorych miał on 5 i wszyscy wkrótce umarli. Do tejże kategoryi odnoszą się zapalenia ropne, powstałe na tle zapalenia surowiczego opłucnéj. Operacyje wykonane na 4 chorych dały wynik ujemny. Reszta operacyj tyczy się przypadków zapaleń powstałych na tle ropnicy 2 chorych — (wynik dodatni) i do przypadków przetok, utworzonych przez wydostanie się ropy na zewnątrz; (5 chorych z wynikiem również dodatnim). Przy tych operacyjach radzi autor zawsze wycinać części żeber, w przeciwnym bowiem razie następuje po wypuszczeniu ropy opadnięcie klatki piersiowéj, a wskutek tego zaciśnięcie sączka, zatamowanie odpływu ropy i bóle nerwowe. (*Wracz* 1889, NN. 8, 9 i 10). *A. W.*

P....i: **Leczenie wrastającego paznokcia opatrywaniem papierem cynowym.**

Dr. Th. Clemens z Frankfurtu zaleca jako bardzo dobry sposób użycie papieru cynowego (staniolu) przeciw temu cierpieniu. Po oczyszczeniu wodą i mydłem i jak najstaranniejszem wyczyszczeniu chorego paznokcia pokrywa się całą jego powierzchnię blaszką staniolu, obwija nim zupełnie i wciska do pewnego stopnia. Równocześnie tnie się ze staniolu odpowiednie paski i wsuwa ostrożnie w rowek wyciśnięty przez paznokieć w ten sposób, aby stale ułożyć między brzeg paznokcia a części chorę warstwę staniolu. Opatrunek ten przytwierdza się za pomocą troszki wosku żółtego i zmienia co trzy dni. Przez czas leczenia chory nie może myć sobie stóp i ograniczy się celem utrzymania czystości na wycieraniu ich dobrze suchemi otrębami. Leczenie postępuje szybko nawet wtedy, gdy chorzy chodzą w złych butach. Dr. Clemens sądzi, że leczenie nie działa jedynie w sposób mechaniczny (przez zamknięcie i oddzielenie powierzchni chorych), lecz również w sposób specyjalny przez skład chemiczny staniolu. (*La Sémaine médicale* 1889, 9).

Choroby weneryczne.

C. Kopp: **O kile złośliwéj.**

Klinicznie polega złośliwa przyroda kiły na wczesnem i obfitem rozwinięciu się objawów trzeciorzędnych, szczególnie na skórze, przy znacznem nadwerężeniu ogólnego stanu zdrowia. Przebieg choroby cechuje się nasileniem miejscowych objawów i przewlekłem trwaniem z powodu ciągłych świeżych wybuchów. W leczeniu powinno się uwzględnić indywidualne stosunki, a mianowicie ogólny stan ustroju. Doświadczenie poucza, że chorzy często źle znoszą rtęć, któréj się nie powinno podawać nigdy saméj, ani w wielkich ilościach. Przeciwnie wielkie dawki jodku potasu, jeżeli je chorzy w ogóle znoszą, sprawiają zadziwiający skutek. Bardzo ważną rzeczą jest polepszenie odżywienia za pomocą wszelkich możliwych sposobów. K. podaje następujące przypuszczenie, tłomaczące etyjologiję złośliwości kiły: nasilenie przebiegu kiły nabytéj pozostaje w stosunku odwrotnym do odziedziczonéj przez zarażenie się jednego lub kilku członków pokolenia względnéj *immunitas* osobnika i kiła złośliwa wtedy występuje, jeżeli zaraża się osoba, któréj pokolenie aż do téj chwili było ochronione od kiły. *Münch. med. Wochenschrift*). *Dr. Baschkopf.*

A. Morel-Lavallée. **O poronnem leczeniu kiły.**

Dopóki uważamy wrzód twardy jako pierwszy objaw zmian wtórorzędnych (Ricord, Fournier), dopóty byłoby bezpodstawnem wycięcie wrzodu w nadziei usunięcia kiły. Gdy jednak w miarę powiększających się wiadomości o bakteryjach wzięło górę zapatrywanie, że stwardnienie pierwotne jest tylko furtką dla jadu, powiększyła się liczba zwolenników wycięcia wrzodu. Wycięto też wielką ilość wrzodów, lecz względnie pomyślnym wynikom, które miano osiągnąć, można zarzucić, że po części pochodzą od t. z unitaryjuszów, daléj, że nie zarządzono konfrontacyi, która wogóle jedynie wynik może uczynić pewnym. Z drugiéj jednak strony musimy zapisać wielkie niepowodzenia nawet po wczesnem wycięciu wrzodu. Ponieważ zaś wrzód jest miejscem wylęgania się jadu, to uczynimy przynajmniéj przebieg wybuchającéj choroby łagodniejszym po usunięciu wrzodu. Tak twierdzą zwolennicy wycinania, którzy przy tem szczęścia nie mieli, usiłujący przez zniszczenie wrzodu pierwotnego, jako ogniska zakażenia, usunąć także kiłę. Nie wiedząc jednak, co znaczy kiła złośliwa a co łagodna, nikt nie będzie twierdził, że ma przed sobą postać dobrotliwą wobec tego, że kiła w drugorzędnym okresie łagodnie przebiegająca, może jeszcze po

30-tu latach sprowadzić tak ciężkie choroby jak zapalenie tętnic mózgowych, uwiąd rdzenia pacierzowego, niedołęstwo porażenne itd. W końcu żąda L. dla wyjaśnienia omawianéj kwestyi: 1) Konieczności konfrontacyi; 2) podania okresu wylęgania trzy — do pięcio-tygodniowego; 3) dokładnego i ścisłego naukowego badania: a) czy chory rzeczywiście przebył kiłę (odziedziczoną lub nabytą) b) czy cierpienie nie było zwykłym wrzodem lub c) *Herpes progenitalis* i 4) dłuższéj obserwacyi chorego po zabiegu (najmniéj 6 miesięcy). (*Gaz. des hôpit.* 1888, Nr. 72). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Stern zaleca używać do przestrzykiwań cewki moczowéj lanoliny zmięszanéj z potrójną ilością oleju (n. p. olejku, migdałów słodkich). Do tego można dodawać wszystkie środki przeciwrzeżączkowe. Stern używał téj mięszaniny tak w okresie najwyższego rozwoju rzeżączki ostréj, jak i w przypadkach rzeżączki przewlekłéj, umiejscowionéj w przedniéj części cewki moczowéj, otrzymując przez to znakomite zmniejszenie bólu i podrażnienia. Resztki maści wychodzą z moczem nawet w 24 godzin po wstrzyknięciu. Tem tłomaczy autor długotrwałość działania tego środka. Do wstrzykiwań używa on zwyczajnéj strzykawki. (*Therapeutische Monats-hefte*, luty). *A. W.*

Rozmaitości z praktyki lekarskiéj.

Radca sanitarny Dr. Ludwig Csatáry, docent medycyny sądowéj w Budapeszcie, omawiając przedłożony plan **„o postępowaniu sądowo-karnem i o znawcach"**, uważa celem skutecznego wymierzania sprawiedliwości, odnośnie do orzeczeń sądowo-lekarskich i sądowo-chemicznych, następujące warunki za potrzebne: 1) Sędziowie, oskarżyciele i obrońcy powinni znać główne zasady medycyny sądowéj w takiéj mierze, aby mogli czynić pytania rzeczoznawcom i mogli mieć jasne pojęcie o tem, o ile im przypada osądzenia orzeczenia rzeczoznawcy. Brak tych podstawowych znajomości staje się powodem bardzo wielu nieporozumień, które wcale nie przyczyniają się do wyświecenia prawdy. Jest więc rzeczą konieczną, aby nauczaniu i uczeniu się medycyny sądowéj na wydziałach prawnych więcéj, niż dotychczas, poświęcano uwagi. 2) Przy każdym królewskim sądzie należy utworzyć posadę jednego lub kilku lekarzy sądowych z normalną pensyją i w odpowiedniéj randze, którzy mają wykonywać przydarzające się badania i stwierdzać badania przeprowadzone przez innych lekarzy. Jeżeli takie posady sądowo-lekarskie nie zostaną systemizowane, to lekarze medycyną sądową tak mało, jak dotąd zajmować się będą, gdyż małe wynagrodzenia, które za poszczególny przypadek otrzymują, nie stanowią dla nich odszkodowania za straty w prywatnéj praktyce poniesionéj przez poświęcenie czasu sądowi. 3) Istniejące dotychczas niesłuszne postępowanie, że się żąda superarbitrów od krajowéj Rady sanitarnéj i od wydziału lekarskiego bezpłatnie, należy znieść. Każdy krok wymierzania sprawiedliwości kosztuje ogromne sumy, z jakiego więc powodu można żądać, aby korporacyje superarbitrujące wykonywały bezpłatnie ciężką i czas zajmującą czynność? (*Int. klin. Rundschau*, 1889, Nr. 7). *Dr. Baschkopf.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Bakteryje kukurudzy i rumienia lombardzkiego. (Pellagra). Przyroda rumienia lombardzkiego do téj pory nie jest należycie wyjaśnioną. Przeważa mniemanie, że chorobę tę wywołują swoiste bakteryje; przypuszczenie to zdawały się potwierdzać badania Cuboniego, który usiłował udowodnić, że bakteryje stale spostrzegane w psującéj się kukurudzy, znajdują się również w stolcach chorych na rumień lombardzki. Późniejsze poszukiwania Paltaufa i Heidera nie potwierdziły wyników badań Cuboniego: nie znaleźli oni nigdy ani w kale, ani we krwi chorych na rumień lomb. bakteryj psującéj się kukurudzy i na téj podstawie zaprzeczyli, ażeby te bakteryje miały być chorobotwórczemi rumienia lomb., co zresztą potwierdziły szczepienia na zwierzętach. Natomiast zastrzykując szczurowi małą ilość wyskokowego wyciągu hodowli bakteryj Cuboniego na mące kukurudzianéj, Paltauf i Heider wywołali postępowe porażenie, obfitą wydzielinę spojówek, szybkie oddechanie, a wreszcie po 2—3 godzinach śmierć zwierzęcia. Wynik tych badań przemawia za tem, że rumień lomb. nie jest grzybicą przewodu pokarmowego (Cuboni), lecz jest przewłocznem zakażeniem ustroju wytworami, powstającemi w popsutéj kukurudzy pod wpływem bakteryj pospolitych, niechorobotwórczych, które znajdują się także na ziemniakach i posiadają wszystkie te same własności. (*Revue scientifique*, 20 lipca 1889). *A. Kw.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 8-go sierpnia. Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyjo!

Podczas gdy prof. Browicz, ze sumienności jak się wyraża, kontroluje sekcyję mego przypadku. wykonaną w jego zakładzie, nadzwyczaj skrupulatnie, a przytem przyznaje sam, że najważniejszych zmian w układzie nerwowym centralnym wcale nie widział i takowych nie ma w protokóle, — gdy prof. Browicz w swéj odpowiedzi ośmiela się zajmować się szczegółami, których nigdy nie widział i o których istnieniu nigdy nic nie wiedział, a które są tylko uzupełnieniami pochodzącemi z jego własnego protokółu i, zamiast dotychczasowéj negacyi chwyta się z biedy mego publikowanego dokumentu jakby kotwicy; — gdy daléj prof. Browicz zupełnie zapoznaje dokument przezemnie publikowany, a zajmuje się szeroko różnicami, które same przez się rozumieją się i które istnieć muszą między szybko podyktowanym protokółem sekcyjnym a wynikami bardzo skrupulatnego i ze wszystkiemi kautelami wykonanego badania drobnowidowego; — i gdy wreszcie wspomina o dyskusyi, która jak teraz każdy widzi, nie mogła mieć miejsca, — daje on tem sa nem dla każdego bezinteresownego dostatecznie jasną krytykę swego niezwykłego przeciw mnie postępowania, autokrytykę, do któréj nic dodać nie potrzeba. Z szacunkiem *Adamkiewicz.*

Udzieliliśmy powyższy list prof. Browiczowi, który oświadczył nam ustnie, że treść tego ostatniego pisma prof. Adamkiewicza nie nastręcza mu pola do dalszéj polemiki, któréj zresztą stronę przedmiotową uważa już za wyczerpaną.

* **Zakopane** dnia 3-go sierpnia. Z powodu częstych deszczów powoli tylko w miejscowości rozpatrzyć się można; jeżeli jednak deszcz choćby na dzień pofolguje, gość tutejszy spieszy w góry lub podziwia urocze wycieczki bliższe, przystępne i dla tych, którym miejsca wyżéj położone nie są dostępne. Bez przesady powiedzieć można, że Zakopane nie ustępuje sławnym miejscom alpejskim, a przewyższa je pod względem wygody. Wypowiadamy te słowa na pozór śmiałe, a jednak prawdziwe; pozostaje wprawdzie jeszcze dużo do czynienia, ale też przyznać należy, że zrobiło się już bardzo wiele, a robi się ciągle jeszcze, tak, że Zakopanego nie poznaje, kto go nie widział lat parę.

Lekarza obchodzą przeważnie zakłady kąpielowe. O jednym z tych zakładów pisaliśmy w liście poprzednim; wypada nam teraz po kolei wspomnieć o dwóch innych, w niczem tamtemu nie ustępujących.

O pół kilometra powyżéj zakładu Dra Chramca leży na przestrzeni 14-sto morgowéj, wśród uroczego lasku świerkowego, otoczony pięknym parkiem zakład leczniczy Dra Piaseckiego nad przepływającą jego obszar górską rzeczułką, Bystrą, która zaopatruje zakład wodoleczniczy ustawicznie w płynącą świeżą wodę i zbytecznem czyni używanie pompy w celu dźwigania wody zaskórnéj. Prócz tego tryska wśród rozległego parku do przechadzki służącego kilka źródeł, dostarczających gościom w nadmiarze zimnéj wody do picia. Około głównego budynku zakładowego rozciągają się kryte galeryje, po których nawet w razie ulewnego deszczu goście swobodnie mogą się przechadzać. Oprócz zwykłéj hydroterapii, stosują się w tym zakładzie kąpiele parowe w łóżkach i szafkach; udzielają się też na żądanie kąpiele ziołowe i igliwiowe, a wreszcie gimnastyka i masaż. W tym roku przybudował Dr. Piasecki do „dworu leczniczego" wcale okazały budynek, przeznaczony na łazienki, tak, że na przyszłość goście kąpielowi prosto z łóżka będą się mogli udawać do kąpieli. Chwalą sobie wszyscy goście wikt kuracyjny prawie wybredny, dostarczany przez stałego kucharza zakładu. Ze zaś wyniki leczenia bywają pomyślne, mieliśmy temi dniami sposobność przekonania się z ogłoszonego w jednem z pism krajowych podziękowania jenerał-porucznika barona Friedberga, który uleczony w zakładzie Dra Piaseckiego, zakład ten wszystkim poleca.

Trzecim zakładem kąpielowym jest Cieplica w Jaszczurówce,

o godzinę małą odległa od Zakopanego. Woda o każdéj porze roku 16° R. mająca, ujęta w 2 baseny (dla mężczyzn i kobiet) bardzo wygodnie urządzona, nadzwyczajnéj czystości i przeźroczystości, przewyższa tyle sławioną wodę w Vösslau pod Wiedniem i, pomimo odległości od Zakopanego, cieszy się dość znaczną frekwencyją ze strony gości, przebywających w Zakopanem, skąd prowadzi droga wcale wygodna i nie męcząca.

Miejscowość takie posiadająca zalety, w każdym innym kraju stałaby się głośną, u nas wszystko, co swojskie, powoli zdobywać sobie musi uznanie. *L. B.*

* Zakopane w roku bieżącym cieszy się wyłącznem powodzeniem u lekarzy krakowskich, którzy w znacznie większéj liczbie, aniżeli w latach poprzednich, spędzają feryje w téj uroczéj miejscowości. Grono już tam przebywających powiększył Dr. Zarewicz, który w dniu dzisiejszym wyjechał na trzytygodniowy pobyt w Tatry.

* Do dnia 20-go lipca bawiło gości kąpielowych w Krynicy 3047; w Żegiestowie 520; w Cieplicach czeskich do dn. 4-go sierpnia 5219.

* **Wiedeń**. Z dn. 1 bm. weszła w życie powiatowa kasa dla chorych dla m. Wiednia.

* **Rosyja**. Zwyczajny profesor chemii fizyjologicznej Szczerbakow i nadzwyczajny profesor patologii i terapii Jelciński zostali jeszcze na 5 lat na swoich posadach w Moskwie.

* 14-go maja (st. st.) odbyło się w Moskwie otwarcie i poświęcenie kliniki położniczéj na tak zw. polu Dziewiczem, która została zbudowaną za pieniądze ofiarowane przez Paschatową.

* **Francyja**. Między 8 a 12 sierpnia odbędzie się w Paryżu międzynarodowy Zjazd hypnotystów. Na czele stanęły pierwszorzędne powagi, jak Charcot, Brown-Séquard, Brouardel, Richet, Azam, Lambroso. Zjazd postawił sobie kilka pytań, które, bezwzględu na to, jakie za sobą pociągną uchwały, najlepiéj świadczą o obecnem zapatrywaniu się na hypnotyzm; pytania te są następujące: I. O konieczności zakazania publicznych przedstawień hypnotycznych. II. Stosunek poddawania i somnambulizmu do prawodawsta i medycyny sądowéj. III. Wskazania do zastosowania hypnotyzmu i poddawania w leczeniu chorób umysłowych. IV. Zastosowanie poddawania w pedyjatryi i wychowaniu umysłowem dzieci zepsutych i zwyrodniałych. V. Względna wartość sposobów używanych do wywoływania stanu hypnotycznego, oraz służących do zwiększenia przyjmowalności poddawczéj, z punktu widzenia leczniczo-klinicznego.

* **Bruksela**. Przed dwoma tygodniami odsłonięto tu pomnik, który miasto wystawiło sławnemu fizyjologowi XVII-go wieku Van Helmontowi. Genijalne zdolności tego uczonego o tyle go wznosiły po nad poziom współczesnych, że za wszystkie wynalazki swoje musiał Van Helmont odcierpieć prześladowania, dzięki bezmyślnemu przesądowi i ciemnocie wieku. (*La presse médicale belge*, Nr. 30, 1889).

* **Wiadomości uniwersyteckie.. Wiedeń**. Docenci Frisch, Lorenz i Meydl przedstawieni zostali do nominacyi na nadzw. profesorów chirurgii, a Drowie Eiselsberg, Fränkel, Salzer i Ullmann zgłosili habilitacyję na docentów chirurgii. — **Budapeszt**. Prof. nadzw. Dr. Karol Kéth mianowany został zwyczajnym profesorem patologii i terapii szczegółowéj.—**Berlin.** Dr. Rosenheim, asystent prof. Senatora, habilitował się na docenta medycyny wewn. w Berlinie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.*: Nr. 31: Dra Kazem-Beka: O przyczynach powstawania pierwszego tonu serca. — Dra Sędziaka: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych oraz w przewodzie pokarmowym.

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Zaćmy urazowe niewiadomego na pozór pochodzenia. — Tenże: O zaniku spojówki, a mianowicie o rzadkiéj postaci samoistnego zaniku.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 17 Sierpnia 1889. Nr. 33.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Uwagi nad recydywą bólu twarzowego po newrektomijach jednéj z gałęzi nerwu trójdzielnego.

Podał
Prof. Dr. Alfred Obaliński.

Rezultaty osiągane przez wycięcie nerwów czulnych w ogóle, a pojedyńczych gałęzi nerwu trójdzielnego w szczególności, są tak jeszcze niepewne i nietrwałe, metody operacyjne w tych celach używane tak jeszcze nie ustalone, a zachowanie się części ciała przez te nerwy zaopatrywanych po wycięciu tychże tak różnorodne, że każdy przyczynek na tem polu a osobliwie taki, który niejakie światło w ciemnéj téj sprawie rozniecа, pożądanym być powinien.

Józef S., wieśniak obecnie lat 62 liczący, przybył po raz pierwszy na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w r. 1881 w styczniu, a więc licząc podówczas lat 53, z powodu nerwobólu rozszerzającego się w policzku prawym w szczęce górnéj i prawéj połowie wargi górnéj. Bóle te wzięły początek od uderzenia kopytem końskiem w prawy policzek, czego ślady utrzymują się w postaci staréj, nieregularnéj blizny w okolicy kąta ust prawego, były z początku t. j. przed 20 laty słabemi i rzadko powracającemi, wzmogły się jednak w ostatnim roku tak dalece, że pacyjent jest na wszystko zdecydowanym, byleby się pozbyć mógł owych strasznych a często powracających napadów bólu.

W dniu 24-go stycznia 1881 r. wykonałem newrektomiję drugiéj gałęzi n. trójdzielnego sposobem Wagnera, przyczem wydobyłem nieco nad 1 ctm. nerwu z kanału podoczodołowego. W miesiąc późniéj opuścił S. zakład niezmiernie uszczęśliwiony, gdyż mała ranka zagoiła się linijkowato, a bóle zniknęły bez śladu.

W dniu 23-go października 1882 roku, a więc w rok i 9 miesięcy po operacyi, zjawia się S. znowu na moim oddziale i opowiada, że przez cały rok był wolnym od bólów, a że obecnie doznaje ich znowu, lecz w znacznie słabszem nasileniu, niż przed operacyją.

Dnia 2-go lipca 1883, a więc w półtrzecia roku po operacyi, zgłasza się do tutejszéj kliniki chirurgicznéj ze skargą na bóle równie silnie i tak często występujące, jak przed operacyją. Podówczas otworzono mu bliznę po pierwszéj operacyi i przypalono koniec nerwu w głębi kanału termokauterem. Ulga po tem była nieznaczną, tylko napady nieco rzadziéj występowały i oko nie łzawiło.

W trzy miesiące późniéj wróciły bóle do dawnego nasilenia i dawniejszéj częstości tak, że prof. Mikulicz czuł się zniewolonym w dniu 16-go stycznia 1884, a więc prawie w trzy lata po pierwszéj operacyi wykonać czasową resekcyję szczęki górnéj według metody Langenbecka i w ten sposób odszukać resztę (2 ctm.) nerwu i odciąć go przy samym otworze okrągłym. Rana zagoiła się prędko a bóle ustały zupełnie. Stan ten trwał przeszło rok, poczem znowu zaczęły się pojawiać bóle w napadach z początku słabych i rzadkich, lecz późniéj coraz silniejszych i częstszych. W trzy lata po ostatniéj operacyi, albowiem w lecie r. 1887, zgłosił się S. znowu do kliniki z powodu gwałtownych napadów nerwobólu, skutkiem czego przedsięwziął Doc. Trzebicky operacyję Lückego z modyfikacyją Brauna-Lossena. Nie mogąc się dostać wygodnie do szczeliny skrzydło-szczękowéj dodał T. ostatecznie z operacyi Krönleina odpiłowanie wyrostka wroniastego, poczem mógł się dostać do zamierzonego celu i miał wydobyć kawałek do nerwu podobny i przy zbadaniu pod drobnowidem utkanie nerwu wykazujący [1]).

Skutek téj ostatniéj operacyi był prawie żaden, albowiem bóle wkrótce po niéj występowały z tą samą gwałtownością i częstością, jak poprzednio, a przybyła nadto jeszcze ta niekorzyść, że wyrobiło się zwarcie szczęk po stronie operowanéj, tak, że i odżywianie stało się utrudnionem.

[1]) Ostatnie szczegóły zawdzięczam ustnemu doniesieniu Doc. Dra Trzebickyego — powyższe zaś zaczerpnąłem z historyi choroby dostarczonéj mi na zlecenie prof. Rydygiera przez asystenta Dra Bossowskiego, za co wszystkim tym kolegom niniejszem podziękowanie składam.

Przy tęj sposobności muszę nadmienić, że już po raz drugi postrzegam stężenie stawu po resekcyi wyrostka wroniastego (czyli operacyi Krönleina) okoliczność bardzo przeciw tęj metodzie przemawiającą.

W czerwcu 1889 r. a więc w 8½ roku po pierwszéj operacyi powrócił gwałtownémi bólami znękany pacyjent znowu do mnie, a wywiady i badanie wykazały co następuje:

Bóle w prawym policzku i w prawéj połowie górnéj wargi są tak gwałtowne i tak częste, że chory zgadza się na najcięższą operacyję, byle tylko od nich się uwolnić. Ucisk na wargę lub w okolicy otworu podoczodołowego prawego wywoływa natychmiast napad bólu, który nie występuje, jeżeli się uciska na szczękę dolną, albo nad oczodołem prawym.

Policzek prawy pokryty jest całym systemem blizn w różnych kierunkach sie rozchodzących i połączonych z bliznami na prawéj połowie wargi górnéj się znajdującemi. Szczęka dolna nie wykonywa żadnych ruchów, dla tego żucie pokarmów jest zupełnie niemożebnem, a pożywienie przeważnie płynne dostaje się do jamy ustnéj tylko przez szparę powstałą wskutek braku zębów trzonowych pierwszych lewych. Wobec tych stosunków nie pozostawało mi nic innego, jak następujący plan operacyjny w niniejszym przypadku obmyśleć, a mianowicie: najprzód wykonać powtórnie czasową resekcyję podług Langenbecka, w ten sposób dostać się do otworu okrągłego w czaszce, odłutować go i w ten sposób wydobyć resztkę nerwu tkwiącego w samym kanale kostnym, wychodząc z tego stanowiska, że skoro już po dwakroć wydobycie coraz daléj dośrodkowo położonych kawałków nerwu skutkowało i tym razem podobny zabieg skutkować powinien.

Dnia 6-go czerwca 1889 przystąpiłem zatem do téj operacyi, którą o tyle tylko zmienić zamyślałem, żeby razem z kością górnoszczękową wyważyć także i kawałek z łuku licowego a to w celu otrzymania lepszego przystępu do dna czaszki. Po wykrojeniu płatu i przepiłowaniu kości w kierunkach przez Langenbecka wskazanych pokazało się, że tym razem operacyja ta uskutecznić się nie da z powodu kostnin i zrostów, wywołanych pierwszą taką samą operacyją, i dla tego ułożyłem napowrót przednią część kości górnoszczękowéj, która się była oddzieliła od tylnéj przy usiłowaniach wyważenia całéj kości i przystąpiłem do drugiego założenia, t. j. do usunięcia stężenia szczęki dolnéj, aby chory mógł przynajmniéj usta otwierać, skoro nie było więcéj nadziei usunięcia napadów bólu newralgicznego. W tym celu przepiłowałem szczękę dolną tuż po nad jéj kątem prawym w sposób już poprzednio w innych celach przezemnie podany (Gazeta Lekarska, 1889, Nr. 6), a więc bez obrażenia błony śluzowéj jamy ust. Natychmiast dały się szczęki rozewrzeć, co też było w samą porę potrzebnem, gdyż chory zaczął trudniéj oddychać z powodu gromadzącéj się krwi w połyku po przepiłowaniu szczęki górnéj. Nie miałem wcale pierwotnie zamiaru wyłuszczenia wyrostka stawowego gałęzi szczęki dolnéj, gdy jednak się okazało, że rana resekcyjna pierwsza łączy się z drugą i przez to tworzy rozległą ranę jamistą, obawiałem się następowego obumarcia téj kości i dla tego odrazu ją wyjąłem, wycinając naturalnie zarazem kilka centymetrów nerwu żuchwowego, — a uczyniłem to tem snadniéj, ile że przez to uprościłem ranę i nadałem jéj lepsze warunki do wytamponowania gazą jodoformową, który to sposób uważam za najodpowiedniejszy do zapobieżenia sposoczeniu w nierównych i jamistych ranach osobliwie o ścianach przez tępe narzędzia poszarpanych.

Obydwie te operacyje zabrały dużo czasu i sprowadziły nie małe osłabienie chorego, co tembardziéj powiększało przykre wrażenie, jakiego doznałem ja i obecni podówczas koledzy, skoro się przewidywało, że właściwy cel operacyi, to jest usunięcie newralgii, osiągniętym być nie może.

Jakże przyjemną była dla nas niespodzianka, gdy nazajutrz przy wizycie lekarskiéj zastaliśmy chorego siedzącego w łóżku i z najwyższemi oznakami wdzięczności dziękującego za uwolnienie go od strasznych bólów i przywrócenie mu możności otwierania ust. Gojenie ran postępowało prawidłowo i szybko, gdyż w niespełna 2 tygodnie po operacyi mógł być chory przedstawionym w Towarzystwie Lekarskiem, a po dalszych dwóch tygodniach opuścił zakład prawie zupełnie wyleczony, bo tylko z małemi otworkami wypełnionemi bujną ziarniną.

Skoro wynik ten był dla mnie niespodzianką, przeto trzeba było sobie zdać sprawę, w jaki to sposób się stało, że bóle te znikły w zakresie tego nerwu, który wcale przy operacyi nie był tkniętym.

Najbliższym sposobem wyjaśnienia byłoby to, że ciężka operacyja w ogóle wpłynęła tutaj tak znacznie na system nerwowy, a więc i na chory nerw, iż i bóle w jego zakresie ustąpiły, jednak dwie okoliczności sprzeciwiały się temu w saméj istocie rzeczy już niepewnemu tłómaczeniu, a mianowicie raz to, że po ostatniéj, przed 2-ma laty przedsięwziętéj, również ciężkiéj operacyi bóle wcale nie ustąpiły były i powtóre, że wpływ taki mógłby działać tylko na krótki czas, a nie tak stanowczo, jak tutaj.

Rozmyślając nad tym przypadkiem, przypomniałem sobie spostrzeżenia poczynione przez chirurgów francuskich, a potwierdzone przez kilku operatorów niemieckich i polskich. Mianowicie dotyczyło to wycięcia kawałka nerwu środkowego (*n. medianus*), po którem utrzymały się ruch i czucie w zaopatrywanéj przezeń części ciała, postrzegane najprzód przez Nelatona, a następnie przez Laugiera, Richeta, Kraussolda, Küstera i naszego przedwcześnie zgasłego Szeparowicza, a które starano się wytłómaczyć w zakresie ruchu ową przez Létievanta podniesioną *motilité supplée*, w sferze zaś czuciowéj licznemi anastomozami pomiędzy nerwami obwodowymi kończyny górnéj istnieć mającemi (Broca, Richet).

Nie zdarzyło mi się jeszcze dotąd spotkać w literaturze lekarskiéj z doniesieniem dotyczącem podobnych spostrzeżeń w zakresie innych nerwów pomimo, że żadna część ciała nie nadaje się do tego tak bardzo, jak właśnie głowa, a tu znowu w szczególności twarz, gdzie sploty jednych zachodzą na rozgałęzienia nerwów sąsiednich, lub gdzie tak poważna liczba zwojów łączy w sobie pasma różnych pni nerwowych.

Wprawdzie nie wykazuje nam anatomija bezpośredniego połączenia końcowych nerwików gałęzi drugiéj z trzecią nerwu trójdzielnego tylko za pośrednictwem n. twarzowego, jednak niniejszy przypadek bardzo za tem przemawia. Nie umiałbym bowiem inaczéj sobie wyjaśnić ustąpienia nerwobólu po ostatniéj operacyi, podczas któréj, jak to wyżéj podano, nie mogłem dostać się wcale do otworu okrągłego, a tem samem do resztek pozostałych po dawnych resekcyjach drugiéj gałęzi, podczas gdy trzecią z innych powodów przypadkowo zmuszony byłem wyciąć. Co gdy tak jest, to przypadek ten staje się zarazem dowodem, że może wszystkie recydywy, w każdym razie pewna ich część, występująca po wycięciu nerwów, w których zakresie srożył się ból twarzowy, ma przyczynę w anastomozach pomiędzy pojedynczemi gałęziami

piątéj pary; czy anastomozy te należą do prawidła, czy też wytwarzają się tylko w pewnych danych razach, z tego przypadku rozstrzygnąć nie można, powinno to jednak pobudzić do dalszych w tym kierunku postrzeżeń i badań.

W końcu nie mogę zataić wrażenia, jakiego doznałem przy postrzeganiu niniejszego przypadku, a mianowicie, że fakt ten rzuca światło na zachowywanie się chirurga wobec takich uporczywych recydyw; to, co tutaj było następstwem prostego przypadku, możnaby bowiem podnieść na podstawie powyższego rozumowania do metody, i w razie uporczywéj recydywy bólu twarzowego, pomimo resekcyi jednéj z gałęzi nerwu trójdzielnego, przystąpić do wycięcia sąsiedniéj, którą pomówić można o podtrzymywanie przewodnictwa w bólem dotkniętych gałązkach.

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Przekonany będąc, że gorset, choćby najlepiéj działający, sam przez się nie zdoła uleczyć skolijozy, nie przeceniam też wartości gorsetu mego pomysłu i, razem z noszeniem go, zalecam nadto chorym ćwiczenia mięśni tułowia, mięsienie i te inne środki, których zadaniem skrzepić układ mięśniowy i poprawić odżywienie ogólne. Jako przyczynek do leczenia ortopedycznego skolijozy, a nie jako odrębną, w sobie zamkniętą metodę, powierzam też zastósowanie gorsetu tego kolegom zawodowym, a czynię to tem śmieléj, że w przypadkach moich przez chore bez przykrości jest noszony i łatwo w fałdach wolniejszéj sukni się kryje, że ucisk wywarty na dość znaczną powierzchnię nie sprawia znaczniejszych dolegliwości albo niedogody, z którąby chorzy łatwo się nie oswajali. Zaletą jego niezawodnie jest i to, że nie sprawia, jak inne gorsety, zupełnego unieruchomienia tułowiu, lecz dozwala na pewne ruchy czynne, korzystnie na poprawę skrzywienia kręgosłupa wpływające.

Zalecane przez Lorenza opatrunki uciskowy i bocznie naciągający wywierają działanie zbliżone do gorsetu z elastycznem naciąganiem, przezemnie podanego, tak, że porównywając fotografije jego chorych z mojemi, nie trudno dopatrzeć się w dolnéj części mego gorsetu opatrunku bocznie naciągającego Lorenza.

To co osiągnął on już dawno, zakładając opatrunek na tułowiu przesuniętym umyślnie względem miednicy na lewo, osiągam w gorsecie moim za pomocą naciągania elastycznego drenem i w ten sposób wywartego przepychania tułowiu w stronę lewą. W obu razach odcinek lędźwiowy kręgosłupa zbacza na prawo, odcinek zaś piersiowy w lewo, ale gdy zboczenie to u Lorenza ma się dokonywać czynnie przez chorego, który dla ratowania zachwianéj równowagi prostuje się, w gorsecie moim następuje pod wpływem elastycznego przepychania tułowiu w stroną przeciwną. To czynne wyrównanie jednak skrzywienia kręgosłupa nastąpi rzeczywiście wówczas, gdy kręgosłup jest zupełnie ruchomy, albo został uruchomiony, a wtedy i zakładanie opatrunku podobnego, jak powiada sam Lorenz, jest niepotrzebnem. Jak to już widać na obrazach fotograficznych, działanie w moich przypadkach jest znaczniejsze i dopuszcza użycia mego gorsetu bez poprzedniego redressowania skrzywienia, gdy przeciwnie opatrunek Lorenza ma tylko znaczenie pomocnicze przy redressowaniu skrzywienia kręgosłupa przez zawieszanie boczne. Nieznaczna wysokość opatrunku, sięgająca tylko do wysokości kąta dolnego łopatki prawéj, a po lewéj stronie nawet nieco niżéj, którą podnosi Lorenz w swych opatrunkach, nie wydaje mi się być zaletą, bo w ten sposób wpływ bezpośredniego działania na skrzywienie skolijotyczne zostaje uchylonym. Gorset mój łączy w sobie oba zadania, które spełniać mają opatrunek bocznie naciągający i uciskowy Lorenza, a nadto wywiera jeszcze działanie redressujące skrzywienia skolijotyczne.

Wolfermann skonstruował ostatniemi czasy przyrząd do leczenia skolijozy służący w myśl zapatrywania swego na powstawanie skrzywień bocznych kręgosłupa. Pierwszym okresem skolijozy ma być według jego zdania skręcenie się kręgosłupa około osi podłużnéj, drugim zaś dopiero wygięcie boczne skutkiem tego skręcenia powstające. Przeciwko skręceniu temu działa też przedewszystkiem Wolfermann przyrządem swym, składającym się z górnéj piersiowéj i dolnéj miedniczéj części, połączonych tak, że górna może na dolnéj obracać się około osi podłużnéj kręgów, lub około osi sagitalnéj, jako też może się przesuwać w kierunku wysokości i w kierunku czołowym. Skręcenia przyrządu około osi podłużnéj kręgów dokonywa sprężyna spiralnie skręcona, któréj napięcie dowolnie można regulować i nadać skręceniu siłę 2—8 klg. Przez obracanie górnéj części przyrządu około osi strzałkowéj, jako też przez przesunięcie w kierunku czołowym można górnéj części tułowiu nadać dowolne położenie. Przesunięcie w kierunku wysokości służy do przedłużania przyrządu w miarę postępującego wzrostu chorego, jako też do podniesienia klatki piersiowéj w górę, celem zmniejszenia obciążenia kręgosłupa lędźwiowego. Po założeniu przyrządu na chorym ujawnia się zaraz działanie sprężyny spiralnéj i przyrząd mając punkt zaczepienia na żebrach usiłuje kręgosłup przez torsyję z płaszczyzny środkowéj wysunięty napowrót w takową wprowadzić. Wolfermann podaje, że osiągnął prawie przerażające wyniki i składa nawet w dowód świadectwo Lückego, który przyrządem tym miał się również posługiwać.

Brak wszelkiego podobieństwa w konstrukcyi przyrządu Wolfermanna z moim gorsetem zwalnia mnie od bliższego omawiania jego zasad, jako też nie obudzającéj zaufania teoryi, na któréj został oparty.

Dołączam opis kilku przypadków, w których zastosowałem gorset z elastycznem naciąganiem. Trzy przypadki przedstawiały skolijozę w kręgosłupie piersiowym z wypukłością na prawo, która u 2 chorych bardzo nieznacznie tylko się wyrównywała śród zawieszenia pionowego, w jednym przypadku zaś lżejszym wyrównanie znaczniejsze miało miejsce. Czwarty z opisanych tu przypadków dotyczy skolijozy krzywiczéj, prawie zupełnie ustalonéj.

I. A. G. lat 16 z Chrzanowa. Z ważniejszych chorób przebywała zimnicę, która miała trwać dwa lata. W rodzeństwie nikt nie obciążony skolijozą. Od 12-go roku zajmuje się szyciem. Skrzywienie zauważyła przed 3-ma laty.

Indywiduum wzrostu mniéj niż średniego, licho odżywione, blade; menstruacyja od 15-go roku życia. Wysokość ciała wynosi 143 ctm.

Skolijotyczny tułów przesunięty na miednicy na prawo, prawa połowa klatki piersiowéj wystercza znacznie w tył,

kontury boczne okazują po lewéj stronie wklęsłość, po prawéj wypuklenie odpowiednie (Fig. 1.) Wcięcie kibici prawe zagłębione, od szczytu jego ciągnie się wybitny fałd poprzeczny Wcięcie kibici lewe wygładzone, kończyna górna lewa przylega do biodra, między ramieniem a boczną ścianą powstaje wązka szpara. Kończyna górna prawa zwisa wolno. Grzebień kości biodrowéj prawéj wygładzony, lewe biodro wystercza. Linija wyrostków kolczastych zbacza od linii środkowéj na prawo w łuku znacznym od 2-go piersiowego kręgu począwszy aż do 11-go kręgu piersiowego, 12-sty krąg piersiowy jest bez zmiany. Odległość 6-go i 7-go kręgu piersiowego od linii środkowéj wynosi 3½ cm. na prawo; odcinek lędźwiowy zatacza mniéj znaczny łuk na lewo, a odległość wyrostka kolczastego na szczycie krzywizny wynosi 18mm. Torsyja aparatem Mikulicza mierzona wynosi 10°. Łopatka prawa sagitalnie ustawiona sterczy mocno w tył, jéj kąt dolny wzniesiony znacznie ku górze, a odległość jego od linii środkowéj wynosi 9 cm.; odległość zaś brzegu wewnętrznego w wysokości grzebienia łopatki 6½ cm. Łopatka lewa o konturach niewyraźnych ułożona jest w płaszczyźnie czołowéj, a kąt jéj dolny niżéj o 4½ cm. ułożony od prawego, zmierza ku linii środkowéj tak, że odległość jego od linii środkowéj wynosi tylko 1 cm., podczas gdy odległość brzegu wewnętrznego w wysokości *spina scapulae* 3½ cm. Bark prawy uniesiony ku górze, linia karko-barkowa prawa w środkowéj swéj części wydłużona, szyja po prawéj stronie wydaje się skróconą, bark prawy mniéj wyraźnie zaokrąglony. Głowa pochylona lekko na prawo, kręgosłup szyjny co do ustawienia wyrostków kolczastych nie okazuje ważniejszych zmian.



Fig. 1.

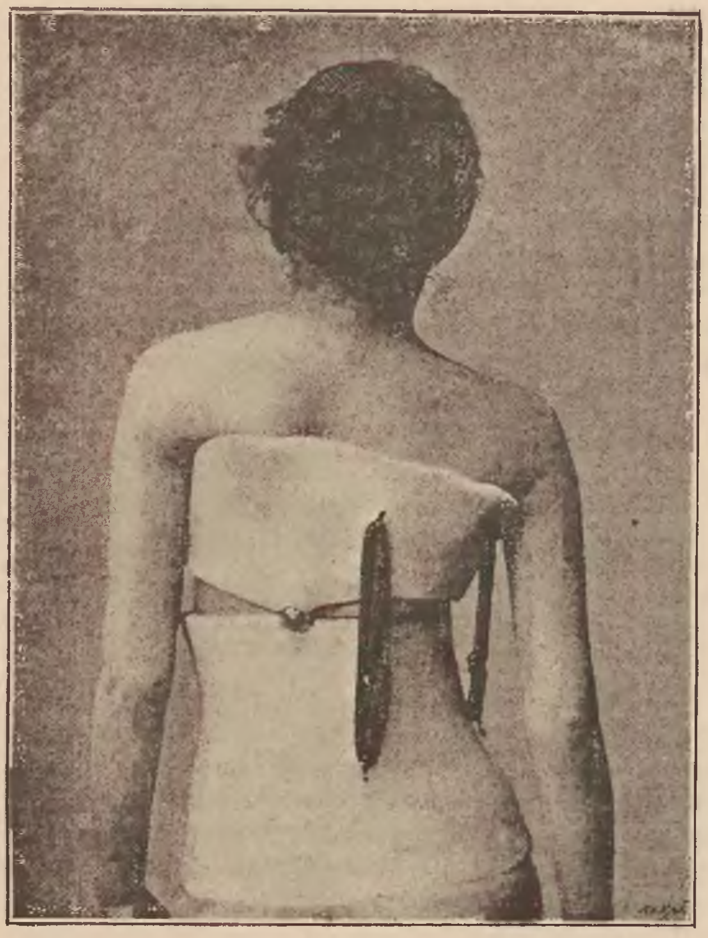


Fig. 2.

Obojczyk prawy nieco wyżéj ułożony i bardziéj ku przodowi podany, doł- nad i podobojczykowy prawy płytsze. Przypłaszczenie klatki piersiowéj po prawéj stronie od przodu wyraźne, sutek lewy sterczy silniéj ku przodowi niż prawy. Oś mostka zbacza nieco dolnym swym końcem na prawo od linii środkowéj. Odległość 10-go żebra po stronie prawéj od grzebienia kości biodrowéj wynosi 5 cm., po lewéj ta sama odległość 7 cm. Wysokość klatki piersiowéj, licząc od obojczyka do łuku żebrowego, wynosi po prawéj 20 cm., po lewéj 17 cm, *Spinae anteriores superiores* ustawione w równéj wysokości. również *spinae superiores posteriores.* Długość kończyn dolnych po obu stronach jednakowa.

Po zawieszeniu w aparacie suspensyjnym długość kręgosłupa od *vertebra prominens* do kości krzyżowéj wynosi 43 centim., ta sama zaś odległość przed zawieszeniem liczy 40 centim. Łuk skrzywienia piersiowego przypłaszcza się tak, że odległość wyrostków kolczastych kręgów szczytowych skrzywień wynosi teraz 18 milim. od linii środkowéj. Odległość wyrostka kolczastego 3-ciego kręgu lędźwiowego zmniejsza się też do 10 mm.

Po założeniu stanika z elastycznem pociąganiem przesuwa się tułów na miednicy na stronę lewą (Fig. 2). Wcięcie kibici prawe wydłuża się znacznie i staje się mniéj głębokiem, półksiężycowatem, kończyna górna prawa opiera się o biodro prawe silniéj wysterczające. Wcięcie kibici lewe zagłębia się wyraźnie, a kończyna lewa zwisa wolno ku dołowi tak, że trójkąt między bocznym konturem tołowiu a kończyną górną ku dołowi staje się otwarty. Biodro prawe silnie wysterczające, biodro zaś lewe wyraźnie zapadnięte. Stosunki łopatek zmieniają się tak, że odległość brzegu wewnętrznego łopatki od linii środkowéj w wysokości *spina* wynosi po prawéj stronie 5, po lewéj 4½. *Sulcus paraspinalis* po stronie prawéj przypłaszcza się, bark lewy uniesiony jest ku górze, zboczenie wyrostków kolczastych w wysokości 6 i 8 kręgu piersiowego wynosi około 1 cm. na stronę prawą.

II. R. B. lat 13 z Oświęcimia. Ważniejszych chorób nie podaje. Przed trzema laty ukończyła naukę szkolną i zajęła się szyciem, które przez dłuższy czas do 8 godzin dziennie ją zajmowało. Przez kilka godzin szyje do dziś dnia. Od roku zauważyli rodzice skrzywienie, przeciw któremu zrazu dobrem odżywieniem, lekami wewnętrznemi i gimnastyką działano.

Dziewczę, jak na wiek swój wątło zbudowane i licho

odżywione. Wysokość ciała wynosi 137 cm. Tułów przesunięty znacznie na miednicy na prawo (Fig. 3).

stawia zmian. Długość kończyn dolnych po obu stronach też sama.

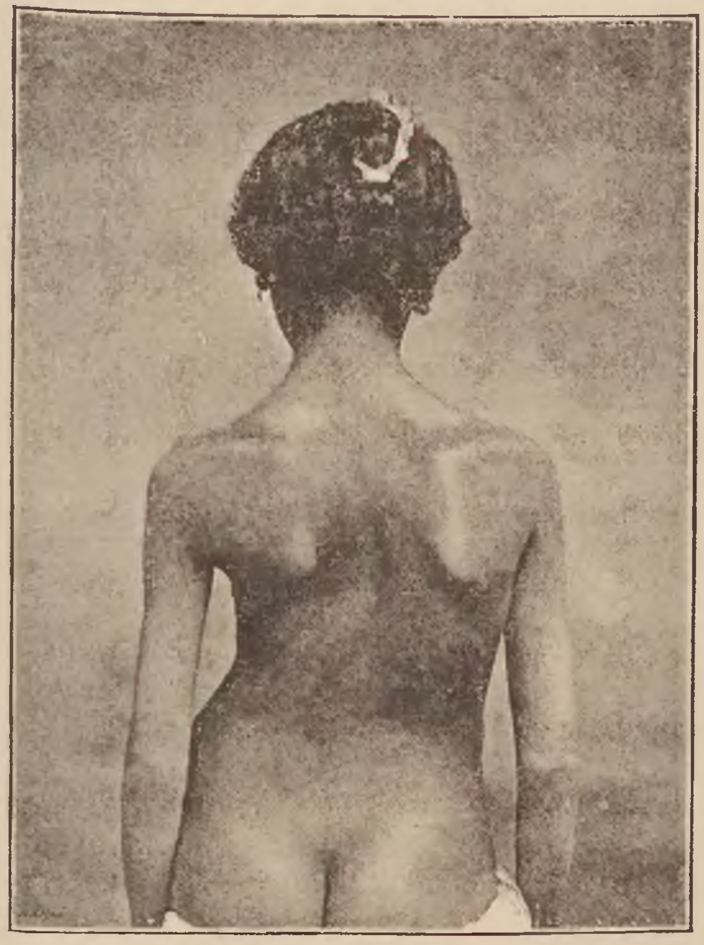


Fig. 3.



Fig. 4.

Prawa połowa klatki piersiowej sterczy ku tyłowi, wcięcie kibici prawe wygładzone, półksiężycowate, trójkąt zawarty między kończyną a boczną ścianą tułowia otwarty ku dołowi, jego kąt wierzchołkowy mocno rozwarty, kończyna prawa zwisa wolno. Wcięcie kibici lewe pogłębione skutkiem wysterczania biodra lewego, o które opiera się kończyna górna lewa. Biodro prawe w konturach swych zatarte. Długość kręgosłupa od *vertebra prominens* do kości krzyżowej wynosi 34 cm. Łuk skolijozy w odcinku piersiowym sięga od 3-go piersiowego do 12-go, wypukłością zwrócony w stronę prawą, krąg piersiowy 7 i 8 stoją na szczycie skrzywienia. Krąg piersiowy 12 indyferentny. Odcinek lędźwiowy zbacza wypukłością na lewo, a krąg 3-ci lędźwiowy stoi na szczycie. Od 5-go szyjowego do 3-go piersiowego kręgu znajdujemy jeszcze lekkie zboczenie z wypukłością na lewo, w którego szczycie leży 2-gi krąg piersiowy. Odległość kręgu szczytowego krzywizny piersiowej kręgosłupa od linii środkowej na prawo wynosi 3 cm.; torsyja 9°, odległość 3-go lędźwiowego kręgu od linii środkowej liczy 15 mm. Łopatka prawa uniesiona ku górze wraz z barkiem, kąt jej dolny wyżej o 1½ cm. ułożony od lewego, odległość kąta prawej łopatki od linii środkowej 9 cm., odległość brzegu wewnętrznego na wysokości grzebienia 7 cm. Kąt dolny łopatki lewej zwrócony ku linii środkowej, a odległość jego od niej wynosi 32 mm., odległość brzegu wewnętrznego na wysokości *spina* 6 cm. Poniżej łopatki lewej bruzda od fałdu skórnego na boczną ścianę lewą klatki piersiowej się ciągnąca. Linija karkobarkowa nie okazuje znaczniejszych różnic, porównywając stronę jedną z drugą. Głowa pochylona jest lekko na prawo. Obojczyki w równej wysokości ułożone, oś mostka zbacza dolnym końcem nieco na prawo. Wymiar klatki piersiowej skośny prawy liczy 17 cm., wymiar lewy skośny 14½ cm., wymiar strzałkowy prawy liczy 11 cm., strzałkowy lewy 11½. Odległość 10 żebra od grzebienia kości biodrowej po prawej 6 cm., po lewej stronie 7 cm. Kolce przednie i tylne miednicy w równej wysokości ustawione, miednica nie przed-

Po zawieszeniu chorej szczyt krzywizny piersiowej zbacza 12 mm. od linii środkowej na prawo, szczyt wypukłości lędźwiowej 8 mm. na lewo, skrzywienie odcinka piersio-karkowego utrzymuje się po zawieszeniu ze zboczeniem 2-go piersiowego kręgu 6 mm. na lewo. Długość kręgosłupa od 7 kręgu szyjnego do kości krzyżowej wynosi 37 cm.

Po założeniu gorsetu z elastycznem naciąganiem przesuwa się cały korpus na lewo (Fig. 4). Wcięcie kibici po prawej wyraźnie się zagłębia, wcięcie kibici lewe ulega wygładzeniu. Prawe biodro i grzebień kości biodrowej silnie wysterczają. Kończyna prawa oparta o biodro prawe. Lewe biodro wygładzone; kończyna lewa górna zwisa wolno. Bark lewy uniesiony ku górze, *sulcus paraspinalis* prawy wygładzony. Odległość brzegu spinalnego w wysokości grzebienia od linii środkowej po prawej 5 cm., ta sama odległość po lewej wynosi 6 cm. Wyrostki kolczaste górnych kręgów piersiowych, o ile wzrokiem pod osłoną odciągniętego stanika skontrolować je można, zbaczają jeszcze o kilka mm. na prawo. Wyrostek kolczasty 12-go kręgu piersiowego przez rozstęp około zawiasy widziany zbacza nieco od linii środkowej na lewo. Wysokość ciała w staniku podnosi się do 139 cm. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Lisicyn: **O zaraźliwości krwi koni i kotów chorych na nosaciznę.**

W kwestyi tej istnieją dotychczas sprzeczne zdania. Jedni twierdzą, że krew ta jest zupełnie niezaraźliwą, inni zaś odwrotnie. Autor przyszedł na podstawie swoich badań do następujących wyników: 1. Krew kotów i koni padłych na nosaciznę jest bezwarunkowo zaraźliwą. Krew bowiem taka przeszczepiona zdrowym kotom i koniom wywołuje nosaciznę. 2. Krew otrzymana bezpośrednio z serca zwierząt padłych na nosaciznę, przeniesiona na ziemniaki lub glicerynizowany agar, daje w termostacie przy 37° C. czystą kolonię bakte-

ryj nosacizny już w pierwszem pokoleniu. 3. Swoistość otrzymanych w ten sposób bakteryj udowadnia się zaszczepieniem tychże zupełnie zdrowym zwierzętom. 4 Że obecność bakteryj we krwi takich zwierząt nie jest przypadkową, dowodzą tego liczne doświadczenia przeniesienia tej krwi na pożywki. 5. Stałość i czystość kolonij, otrzymywanych z krwi wziętej ze serca padłych zwierząt, pozwala używać tego sposobu do rozpoznania nosacizny w razach wątpliwych. (*Wracz* 1889, Nr. 23). *A. W.*

Patologija.

Karczagin: **I. Wpływ zmniejszonego picia w znaczeniu Oertla u zdrowych na przyswajanie części azotowych pokarmów i przemianę azotową. II. Wpływ zmniejszonego picia w znaczeniu Oertla u zdrowych ludzi na utratę niewidoczną i na utratę wody przez ustrój.**

Wyniki do których przyszedł autor w swej pracy są następujące: I. a) Przy zmniejszeniu picia: 1. Zmniejsza się znacznie ciężar ciała. 2. Ulega zboczeniu stan podmiotowy badanych. 3. Zmniejsza się ilość moczu, a zwiększa się jego ciężar gatunkowy. 4. Polepsza się nieznacznie przyswajanie istot azotowych pokarmów i 5. Obniża się również nieznacznie ilościowo i jakościowo przemiana azotowa. b) W ciągu pierwszych 5 dni po powrocie do życia prawidłowego: 1. Ciężar ciała się zwiększa, przyczem w niektórych przypadkach nie dosięga jeszcze w ciągu tego czasu tej wysokości, w jakiej był przed doświadczeniem, u innych zaś przewyższa takową. 2. Stan podmiotowy polepsza się szybko. 3. Przemiana azotowa zwiększa się ilościowo w porównaniu ze stanem prawidłowym. 4. Jakościowo zostaje przemiana jeszcze obniżoną.

Wyniki drugiej pracy są: II. a) Przy piciu prawidłowem: 1. Ilość przyjętej wody równa się 48 grm. na 1 klg. ciała. 2. Ilość oddawanego moczu wynosi 2157 grm., a na 1 klg. ciała 35 grm. 3. Ilość wody przyjętej wewnętrznie przewyższa ilość moczu o 27·5% (na wagę). b) Przy zmniejszeniu picia w porównaniu ze stanem prawidłowym: 1. Zmniejsza się względna ilość moczu. 2. Zwiększa się znacznie stosunek procentowy utraty niewidocznej do wody przyjętej wewnętrznie. 3. Ustrój oddaje więcej wody niż jej przyjmuje; zmniejszenie więc picia jest dobrym środkiem moczopędnym. c) W ciągu pierwszych 5 dni po powrocie do życia prawidłowego: 1. Bezwzględna ilość moczu i wody moczowej jest jeszcze mniejsza, niż to bywa w stanie prawidłowym. 2. Procentowy stosunek moczu i wody moczowej do wody przyjętej jest również mniejszy. 3. Bezwzględna utrata niewidoczna, a również obliczona na 1 klgr. ciała, jest nieco wyższą niż w stanie prawidłowym; jest także wyższym stosunek procentowy do wody przyjętej. 4. Ustrój zatrzymuje wodę kosztem wody moczowej. (*Wracz* 1889, Nr. 20 i 23). *A. W.*

Dr. Szmid zbadał na 34 trupach zachowanie się nerwu błędnego przy zapaleniu włóknikowem płuc. W 26 przypadkach znalazł on nerw błędny patologicznie zmieniony po tej stronie, po której istniało zapalenie. Zmiany te polegały na zapaleniu miąższowem tkanki łącznej, nerw otaczającej. Same włókna nerwowe były zupełnie prawidłowe, w niektórych tylko razach istniało rozmnożenie się jąder osłonki Schwanna. Nie ulega wątpliwości, że zmiany w nerwie stały w bezpośrednim związku z zapaleniem płuc, występowały one bowiem w przypadkach zupełnie czystego zapalenia, zajmując tylko nerw po tej stronie, gdzie było zapalenie, a najbardziej były wybitnemi w pobliżu płuca chorego. Możliwem jest, że od tej zmiany w nerwie zależą niektóre objawy, występujące u chorych na zap. płuc, jak wymioty i niestosunkowość tętna i oddychania. (Dysertacyja 1889, Kazań). (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Dr. Kulniew rozbiera w rozprawie swojej pytanie, na czem właściwie polega t. zw. *Lymphangoitis* przy pierwotnem stwardnieniu kiłowem. Zmiana ta przedstawia się klinicznie w kształcie twardego, niebolesnego, miejscami węzłowatego sznurka, przebiegającego w tkance podskórnej w kierunku sąsiednich gruczołów limfatycznych. Na podstawie 5 przypadków, które autor zbadał makro- i mikroskopowo, przychodzi do wniosku, że sznurek ten powstaje nie wskutek zapalenia naczynia limfatycznego, lecz zależy od zapalenia żyły i tkanki ją otaczającej. Ma to zatem być nie *lymphangoitis*, lecz *endo-* i *periphlebitis syphilitica.* Jest to więc początkowo zmiana kiłowa w zakresie naczyń krwionośnych. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Psychijatryja.

Prof. Gijovannangelo Limoucelli, psychijatra, obserwował 6 przypadków pomięszania zmysłów, które rozwinęły się wskutek nadmiaru pracy podczas przygotowywania się do egzaminów. Również i profesorowie Virgilid i Biruchi obserwowali cały szereg zboczeń nerwowych i psychicznych przez to samo wywołanych. Na podstawie tego zalecili oni Ministerstwu Oświaty, wyznaczenie komisyi, któraby zebrała daty, mogące wyjaśnić szkodliwość obecnego systemu szkolnego. (*La Riforma Medica*, 3 maja). *A. W.*

Farmakologija.

Dr. Mascarel dowiedział się przypadkowo o środku ludowym, używanym przeciw puchlinie wodnej. Jest nim nawłoć pospolita (*Solidago virgaurea*). Wypróbował ją autor w 2 przypadkach. W jednym była choroba serca i opuchlina odnóg dolnych; wady jednak zastawkowej nie było; w drugim puchlina wskutek zapalenia osierdzia przyrody gośćcowej. W obu przypadkach stosowana dyjeta mleczna i jodek potasowy, a w pierwszym i naparstnica nie przyniosły polepszenia. Nawłoć podawał autor w ilości 1—8 łyżek dziennie z świetnym w obu razach wynikiem. Proszek otrzymywał z łodygi, liści i kwiatów. (*Revue génerale de clinique et de therapeutique*, 30 maja). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. P. Baumgarten: **O powstawaniu gruźlicy.**

W najnowszej swej pracy podaje B. następującą teoryję powstawania gruźlicy: najczęstszą przyczyną gruźlicy jest nie wziewanie, lecz dziedziczne przeniesienie prątków gruźliczych. To przeniesienie na płód odbywa się albo za pomocą prądu krwi żył pępkowych (zakażenie wewnątrz-maciczne), lub przez wtargnięcie prątków do zapłodnionego jajka (zakażenie zarodkowe lub koncepcyjonalne). B. uważa nie tylko wytwarzającą się w pierwszych miesiącach lub w pierwszych latach po porodzie gruźlicę za wrodzoną, lecz nawet i tę, która występuje podczas dojrzewania płciowego, lub jeszcze później i to nawet wtedy, jeżeli nie rodzice, lecz ich rodzeństwo lub dziadkowie dotknięci byli gruźlicą, gdyż u rodziców samych gruźlica mogła się znajdować w ukryciu, a nawet przypuszcza autor, że gruźlica przez kilka rodów może przenosić się w stanie ukrytym, a później nagle u jednego z potomków na nowo wybuchać. Prątki gruźlicze lub ich zarodniki przeniesione na płód prowadzą dopóty „*vitam minimam*,“ dopóki nie przezwyciężyły oporów sprzeciwiających się ich rozmnażaniu, co następuje po krótszym lub dłuższym czasie po porodzie, lub nawet dopiero w jednem z następnych pokoleń. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Korányi (Budapeszt): **Przyczynek do leczenia duru brzusznego.**

Na 91 durowych, leczonych w klinice Kor. umarło 6 ciu=6·7%, mianowicie trzech wskutek przedziurawienia jelit, jeden z powodu obustronnego zgorzelinowego zapalenia ślinianki przyusznej, jeden wskutek zgorzeli płuc, a jeden z powodu ciężkiego zap. nerek tak, że powiedzieć można, ze na dur żaden nie umarł, tylko na powiklanie. K. tylko wtedy używa środków przeciwgorączkowych, jeśli ciepłota przekracza 39° i zbliża się do 40°. Jeżeli środek przeciwgorączkowy jast wskazany, to daje w ogóle pierwszeństwo lekom wewnętrznym dla tego, że w klinice służba i tak jest bardzo obarczoną i tylko w rzadkich przypadkach ucieka się do mozolnych zabiegów wodoleczniczych. K. jednak nie odmawia bynajmniej skuteczności kąpielom, których używa wtedy, jeżeli gorączka przy groźnych objawach już w pierwszych dniach dochodzi lub przekracza 40°, gdzie występuje rozdrażnienie nerwowe, majaczenie, bezsenność, światłowstręt i t. d., gdzie już w początku istnieje drażliwość serca, objawiająca się niestosunkowo częstem tętnem. Hydroterapii używa dalej u chorych, okazujących wcześnie już znużenie nerwów naczyniowych z tętnem dwubitnem, dalej u przyzwyczajonych do zimnej wody, wreszcie u tych, którzy z jakiegokolwiek powodu nie znoszą środków przeciwgorączkowych. W tych przypadkach działają kąpiele stosownie do stopnia i sposobu użycia jużto uspakajająco na ośrodki nerwowe, już też pobu-

dzająco na nerwy obwodowe i odruchowo na unerwienie narządów, prócz tego przez wpływ na naczynia skórne także na krążenie krwi. Natomiast nie używa K. zimnych kąpieli u chorych bardzo niedokrewnych lub bledniczych, u silnie nerwowych, a wycieńczonych pracą umysłową lub przez wybryki, u obawiających się kąpieli, czujących się w nich lub po nich niedobrze, daléj u takich, którzy mieli znaczne krwotoki, lub którym grozi chrypka i obrzęk krtani, u osób bardzo otyłych, skłonnych do zapadu, lub gdy się nie rozporządza posługą, na którejby polegać można. Z środków przeciwgorączkowych używa K. antipyrynu, antifebrynu, przetworów salicylowych i chininu. Jeżeli są silne bóle głowy, krzyżów lub kończyn, jeżeli w pierwszym lub drugim tygodniu stwierdza bardzo silną czynność serca z tętnem dużem, jeśli wskutek krwotoków lub przyczyn wymienionych przeciwwskazane są kąpiele, wtedy używa środków przeciwgorączk. Natomiast zarzuca je, jeśli objawy trawienia wskazują na cierpienie błony śluzowéj żołądka, na wrzód durowy lub krwawą nadżerkę, jeżeli po nich biegunka się wzmaga lub występuje silne osłabienie serca. Opierając się na tych doświadczeniach, zadawalnia się K. obniżeniem sprawy durowéj do „duru lekkiego“ i sprowadzenia najwyżéj jedno lub dwugodzinnéj apyreksyi. Jako dalszą zasadę uważa K. wyśledzenie oddziaływania chorego na środki przeciwgorączkowe, dla tego leczenie należy rozpocząć małemi dawkami. (*Wien med. Blätter* 1889, Nr. 24).

Dr. Baschkopf.

Ze względu na to, że wielu badaczy twierdzi, iż nieprawidłowa budowa klatki piersiowéj jest ważnym czynnikiem usposabiającym do gruźlicy, zbadał Dr. Maszkowski tę kwestyję i uskutecznił pomiary klatki piersiowéj u 275 ludzi zdrowych i u 275 suchotników. Wyniki do których przyszedł są następujące: 1. Nie może być mowy o jakiéjś budowie klatki piersiowéj charakterystycznéj dla suchotników. 2. Zmniejszenie wymiarów klatki piersiowéj u suchotników jest zjawiskiem następowem, zależnem od większego lub mniejszego stopnia rozwoju choroby. (?) Ostatni wynik uzyskał autor na podstawie badań suchotników, u których istniało dobre odżywianie i suchotników, będących w okresie zupełnego rozwoju gruźlicy z odżywieniem podupadłem. Pomiędzy 1-szymi była ilość prawidłowych klatek piersiowych taka sama jak i pomiędzy zdrowymi, u 2-gich zaś była znacznie większą. Co się tyczy suchotników z dziedziczną i nabytą gruźlicą, to Dr. Maszkowski nie znalazł między nimi prawie żadnéj różnicy. Z badań tych wynika zatem, że budowa klatki piersiowéj pod względem ilościowym odgrywa tylko rolę drugorzędną w etyjologii gruźlicy. Ważniejsze są inne warunki. (*Dysertacyja.* Petersburg 1889). (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Dr. Janowski z kliniki prof. Tritschela w Kijowie zbadał krew chorych na dur brzuszny na obecność w niéj prątków. W doświadczeniach na 27 chorych przeszczepiał ich krew na żelatynę. Przeszczepień takich dokonał 236 i ani razu nie otrzymał kolonij prątków. Na podstawie tego twierdzi on, że prawdopodobieństwo znajdowania się prątków we krwi chorych na dur brzuszny jest tak małe, że badanie takie nie ma znaczenia dla rozpoznawania téj choroby. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, 10 maja). *A. W.*

Dr. Fichtner opisuje 3 przypadki nowéj choroby z ostrym przebiegiem, które spostrzegał w klinice prof. Hoffmana. Choroba ta odznaczała się: 1. Ostrym początkiem przy umiarkowanych ogólnych objawach (ból głowy, zawrót głowy, brak apetytu i niewielka gorączka). 2. Powiększeniem śledziony, które występowało w 2-gim lub 4-tym dniu choroby, przyczem w 2 przypadkach istniała nadczułość brzucha, a w 3-cim miernego stopnia zapalenie oskrzeli. 3. Wyzdrowieniem, które następowało po kilku dniach. Zwykle w bardzo lekkich przypadkach duru brzusznego nadają decydujące znaczenie obrzękowi śledziony, gdy tymczasem Dr. Fichtner na podstawie literatury twierdzi, że taki obrzęk występuje dopiero w dalszym przebiegu duru. Autor zapytuje, czy nie należy oddzielić podobnych przypadków znacznego obrzęku śledziony, połączonego z lekkim przebiegiem choroby w osobną grupę. Zapewne, że przypadki podobne są częste, lecz tylko rozpoznają się zwykle jako dyspepsyja, ostry nieżyt żołądka etc. Prof. Hoffman podaje ze swéj strony, że spostrzegał małą epidemiję téj choroby w jednéj rodzinie i odniósł wrażenie, że choroba ta jest zupełnie swoistą i szczególnie typowo przebiega u dzieci. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* T. XIV).

A. W.

Choroby nerwowe.

A. Peyer: **O zachowaniu się moczu w przebiegu nerwic.**

Zboczenia w unerwieniu nerek sprowadzają różne zmiany ilościowe i jakościowe moczu. Najczęstszem z wszystkich nerwowych zboczeń czynnościowych nerki jest: I. *Polyuria* t. j. że chory podczas dłuższego lub krótszego czasu, z powodu pewnych zewnętrznych przyczyn usposabiających, lub też bez nich, oddaje niekiedy zadziwiającą ilość moczu jasnego czystego, nie zawierającego ani białka, ani cukru (*urina spastica, nervosa, diluta*). Według występowania klinicznego rozróżniamy dwie grupy nerwowéj *polyurii*: ostrą i przewlekłą; w ostréj występuje obfite moczenie tylko w poszczególnych dniach i tylko raz na dzień, w przewlekłéj zaś może ono trwać miesiące i lata. Jeżeli ciężar gatunkowy nieprawidłowo powiększonéj ilości moczu w przewlekłéj polyuryi nie jest zmniejszony, jeżeli więc istnieje także wzmożony wywóz składników stałych, nazywamy ten stan *Diabetes insipidus*, któremu bardzo często towarzyszy nadmierne pragnienie: *Polydipsia.* Przyczyny poliuryi są następujące: 1) wpływy umysłowe, 2) macicznica i neurastenija, 3) w następstwie pląsawicy, napadów padaczkowatych i migreny; 4) zmiany anat. ośrodk. układu nerwowego, choroby rdzenia przedłużonego, móżdżka i rdzenia pacierzowego; zranienia dna czwartéj komórki (*piqûre* Kl. Bernarda); 5) cierpienia narządów moczo-płciowych; 6) poliuryja może być także wrodzona i dziedziczna w pewnych rodzinach. Przy rozpoznawaniu nerwowéj poliuryi należy przedewszystkiem uwzględnić stan ośrodków nerwowych, t. j. mózgu i rdzenia pacierz., czynności całego układu nerw., następnie musimy wykluczyć szereg organicznych chorób nerek i pęcherza, jak: cukromocz (uważamy na c. g. moczu i obecność cukru), marskość nerek (wałeczki moczowe, białko, przerost serca), przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych (pyuryja i ilość białka większa niż to odpowiada pyuryi), drażliwość pęcherza moczowego (kilkakrotne mierzenie ilości oddanego moczu przez 24 godzin), silne rozszerzenie ścian pęcherza przez obficie nagromadzony mocz zapasowy, n. p. w następstwie przerostu grucz. krok.; w końcu ważne jest jeszcze rozróżnienie poliuryi a polidypsyi: zwykle jest w moczówce pojedyńczéj poliuryja pierwotną, a polidipsia następową. II. Drugiem nerwowem zboczeniem czynnościowem nerek jest *Anuria* i *Oliguria* i prawdopodobnem jest, że jak nerwowa poliuryja tak i histeryczna oliguryja zawdzięcza swe powstanie zmianom nerwów nerkowych, a w szczególności podrażnieniu n. trzewiowego. Tu należy *Anuria toxica* n. p. w kolce ołowianéj, w któréj trucizna nadmiernie drażni n. trzewiowy, przez co powstaje zwężenie tętnicy nerkowéj; w podobny sposób tłomaczy Cohnheim oliguryję w rzucawce rodzących. Tu w końcu należy współczulny bezmocz zdrowéj nerki, po zranieniu drugiéj. Od nerwowéj anuryi i oliguryi musimy odróżnić: 1) bezmocz i oliguryję, występującą często na początku rozlanego zapal. nerek (gorączka, białkomocz, ciałka krwi czerwone, białe, wałeczki moczowe); 2) oliguryję lub bezmocz po nagłem zatkaniu jednego lub obu moczowodów przy ruchoméj nerce. III. Nerwowy białkomocz; przydarza się on: 1) w wszystkich chorobach mózgu i rdzenia pacierzowego; 2) w ogólnych neurozach, jak w padaczce, tężcu, nie mniéj w kolce ołowiowéj; 3) w chorobach narządów płciowych (białkomocz nerkowy, jako współczulny objaw chorób pęcherza i grucz. krok.); 4) w przygnębiających wzruszeniach umysłowych. IV. *Melituria nervosa* i to w chorobach nerw. zarówno ośrodkowych jak obwodowych, a ponieważ u zwierzęcia przez przecięcie nerwu kulszowego możemy sprowadzić sztucznie melituryję, więc wykazane jest doświadczalnie nerwowe pochodzenie tego zboczenia. V. *Choluria nervosa;* przez to rozumiemy dostanie się znaczniejszych ilości żółci do krwi z jakiegolwiek powodu, wskutek czego wydziela się z moczem barwnik i kwasy żółciowe, a przeszkodą w wydzielaniu żółci może być oprócz chorób wątroby także wpływ nerwowy; spotykamy choluryję nie tylko w chorobach ośrodk. układu nerw., ale w wszystkich tych zabiegach, które sprowadzają skurcz tętnic brzusznych

n. p. drażnienie nerwu trzewiowego i nn. wątrobowych, które zawierają włókienka sympatyczne. VI. *Phosphaturia*, przez co rozumiemy wydzielanie się moczu słabo kwaśnego, obojętnego albo zasadowego, który najczęściej już białawo mętny wydostaje się z pęcherza, a po odstaniu natychmiast tworzy silny osad, złożony z fosforanów ziem. VII. *Oxaluria nervosa*; napotykamy kwas szczawiowy wtedy, jeżeli zostaje w większéj ilości wytwarzany, lub jeśli ostatni szereg utlenienia kw. moczowego nie odbywa się w zupełności, t. j. przemiana kw. szczawiowego w kw. węglowy i wodę. VIII. Indykan i indygo napotykamy u onanistów, po rozdrażnieniu płciowem, w chorobach ośrodk. ukł. nerw., a szczególniéj w *Meningitis cerebrospinalis*. Ilość indykanu zwiększa się w wszystkich chorobach, które łączą się z niedrożnością jelita cienkiego. IX. Przypadkowe domieszki chorobowe; i tak znajdujemy w moczu obficie śluz, wydzieliny dodatkowych gruczołów płciowych, nasienie, nitki cewkowe itd. (*Samml. klin. Vortr. Volkmanna* 1889, Nr. 341). *Dr. Baschkopf.*

Prof. White (Londyn): **Przyczynek do patologii choroby Basedowa.**

Przez długi czas głoszone zapatrywanie, że trzy główne objawy choroby B.: obrzmienie gruczołu tarczykowego, wytrzeszczak i przyspieszona czynność serca, mają przyczynę w zajęciu nerwu współczulnego szyjnego, nie może się już obecnie utrzymać, gdyż w wielu przypadkach wybitnéj choroby B. stwierdzono, że ta część układu nerwowego jest zupełnie niezmienioną. Moebius ogłosił hypotezę, że zboczenia w chorobie Basedowa stoją w ścisłym stosunku do śluzakowatego obrzęku i że przyczyną obu chorób jest zmiana chemiczna, z powodu przemiany gruczołu tarczykowego. W ostatnich czasach coraz bardziéj rozpowszechnia się zapatrywanie, że przyczyną choroby B. są zmiany w środkowym układzie nerwowym; rzeczywiście wykazują spostrzeżenia kliniczne, że choroba ta często wikła się z chorobami układu nerwowego, jak z padaczką, nerwobólami, migreną, oftalmoplegiją; według Savagea z maniją, zadumą, ogólnem porażeniem. Należy się spodziewać, że gdyby się udało wykazać zmiany w mózgu, to tyczyłyby się one podstawy czwartéj komórki, gdyż w żadnem innem miejscu ustroju nie napotykamy równie ważnych nerwów i ośrodków nerwowych blisko siebie ułożonych, których uszkodzenie mogłoby tłomaczyć objawy choroby B. i często nagle występującą śmierć chorych. Sattler przypuszcza, że umiejscowienie choroby znajduje się w rdzeniu przedłużonym, blisko odejścia n. błędnego. Filehne wywołał u zwierząt przez przecięcie ciałek sznurkowatych (*c. restiformia*) kardynalne objawy choroby B. Jednak we wszystkich dotychczasowych spostrzeżeniach brak ścisłego dowodu istnienia zmian w rdzeniu przedłużonym, dla tego pouczającym jest przypadek W., który takie zmiany wykazał. Przy oględzinach pośmiertnych 31-letniéj kobiety, okazującéj za życia objawy choroby B., wykazał W. między innemi następujące zmiany: gruczoł tarczykowy jednostajnie w wysokim stopniu powiększony; serce, ważące 11 uncyj, nie przedstawiało zwyrodnienia tłuszczowego; część szyjna nerwu współczulnego zupełnie prawidłowa; w rdzeniu pacierzowym obok kilku drobnych świeżych wybroczyn nic nieprawidłowego. Bezpośrednio pod dolną powierzchnią rdzenia przedłużonego, o tyle na zewnątrz od linii środkowéj, o ile ciałka sznurkowate sięgają, liczne wybroczyny, których nie brak na żadnym przekroju aż do dolnéj części wodociągu Sylwiusza. Opierając się na tem, twierdzi W., że choroba Basedowa ma przyczynę w zmianach pewnych części podstawy czwartéj komórki. W chorobach gorączkowych wprawdzie (wspomniana chora dostała w końcu życia zapalenie płuc) wytwarzają się drobne wynaczynienia w mózgu, w opisanym przypadku na podstawie czwartéj komórki, która jako siedziba choroby była może najsłabszą częścią mózgu. (*Wien. med. Blätter* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Gorecki podaje pierwszy, jak się zdaje, przypadek śmiertelnego pogorszenia po wieszaniu dotkniętego wiądem rdzenia pacierzowego. Chory, 40 lat liczący, wyczytawszy w gazetach o leczeniu za pomocą wieszania, kupił sobie potrzebny przyrząd i bez porady lekarza zaczął go stosować. Codziennie wieszał go służący na 2—3 minut. W ciągu pierwszych 7-miu dni wystąpiło zwykłe polepszenie, 8-go dnia jednak chory stracił nagle słuch i mowę. Przywołany do chorego Dr. Callamani mógł tylko obserwować szybki rozwój choroby, wieczorem bowiem nastąpiła utrata wzroku, porażenie szybko zajęło mięśnie odnóg górnych i piersi, a w 24 godzin po 8-em wieszaniu, chory umarł. (*The Practitioner*, 6-go maja). *A. W.*

Chirurgija.

E. Ullmann: (Wiedeń): **Prosty sposób wycięcia trzeciéj gałęzi nerwu trójdzielnego przy otworze jajowatym.**

Skreśliwszy szczegółowy opis dotychczasowych sposobów t. j. Pancoasta, Credégo, Krönleina, Salzera, Bergmanna, Mikulicza i własny dawniejszy, podaje U. krótszą drogę celem dotarcia do otworu jajowatego: chory leży z głową lekko ku stronie zdrowéj skręconą; w narkozie chloroformowéj prowadzi się cięcie łukowate od dolnego brzegu ślinianki przyusznéj (więc prawie $1^1/_2$ ctm. powyżéj kąta żuchwy), idące po nad tętnicą szczękową zewn. tak, że oba końce cięcia leżą na brzegu żuchwy, a łuk 2 mm. pod żuchwą; cięciem tem przecina się tylko *n. subcutaneus colli supremus*. Dostawszy się tak do żuchwy, oddziela dolną część grucz. przyusznego od *fascia parotideo masseterica* na tępo i unosi gruczoł hakiem ku górze. Posuwając się wzdłuż wewnętrznéj powierzchni kości, oddziela mięsień skrzydlasty zewn. od jego przyczepienia się do kąta żuchwy i wtedy czuje języczek (*lingula*) i można dobrze odsłonić nerw szczękowy i nerw językowy, który można nieco odosobnić. Za pomocą wprowadzonego narzędzia do podwiązania przymocowuje nitkę do powierzchownéj części nerwu szczękowego, poczem go przy otworze szczękowym przecina. Nerw ten służy odtąd jako drogowskaz celem dostania się do otworu jaj. Preparując wzdłuż niego, widzi się jego skośny przebieg ku górze i środkowi i odchodzący od niego odcięty *n. mylohyoideus*. Oddzielając luźną tkankę naokoło n. językowego, widzi się jego pień idący ku naciąganemu nerwowi szczękowemu i strunę bębenkową. Odcinając n. językowy środkowo od struny bębenkowéj, i obniżając ciągle jeszcze za drogowskaz używany n. szczękowy, można łatwo uczynić dostępnym otwór jajow. z wychodzącym nerwem; krwotok z splotu żylnego przy otw. jajow. można łatwo zatamponować gazą. Teraz wprowadza się tenoton wklęsły, ku powierzchni skrzywiony, guziczkiem na końcu opatrzony do otworu jaj. i wycina się całą III-cią gałęź, poczem można jeszcze małą łyżeczką ostrą, wprowadzoną do otw. jaj. wyskrobać resztki nerwu. Zabieg opisany przedstawia wobec innych sposobów centralnych neurektomii III. gałęzi n. trójdzielnego następujące zalety: 1) unika się znacznego zabiegu przedoperacyjnego, jaki ma miejsce w sposobach Credego, Krönleina, Salzera i Mikulicza przez wycięcie kości licowéj, względnie żuchwy; wycięcie kąta żuchwy, jeśli jest koniecznem, małe ma znaczenie; 2) znajduje się natychmiast n. szczękowy przy języczku i można go użyć jako drogowskazu celem dostania się do otw. jajow.; 3) Unika się przecięcia gałązek n. twarzowego i tem samem oszpecającego porażenia; jedynym nerwem, który się przecina jest *n. subcutanens colli supremus*. 4) Znaczniejszy krwotok jest niemożebny; *art. meningea med.* oddzieloną jest od nerwu wiotką tkanką tak, że ją można kopystką zupełnie przykryć; 5) blizna leży pod żuchwą, jest dość okrytą i nie oszpeca chorych; 6) unika się zupełnie zwarcia szczęk. Wkrótce po ogłoszeniu tego sposobu opisuje prof. Obaliński modyfikacyję postępowania Mikulicza, któréj użył w jednym przypadku nerwobólu trzeciéj gałęzi. Cięcie skórne prof. O. jest identycznem z cięciem U., tylko że potem przepiłowuje podokostnowo żuchwę poza mięśniem żwaczem; powierzchniom przekroju stara się prof. O. dać kierunek poziomy. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Corner odczytał na posiedzeniu Hunterion Society pracę o salolu, jako środku antyseptycznym w zastosowaniu do opatrunku ran. Obmywszy ranę 5% rozczynem kwasu karbolowego, posypuje się ją znaczną ilością salolu i nakłada się zwyczajny opatrunek. Salol nie może wprawdzie powstrzymywać istniejącego już gnicia, działa jednak doskonale jako środek uniemożliwiający powstanie takowego. Posiada oprócz tego woń aromatyczną, przesiąka doskonale cieczą, tworząc zbity pokład; nie jest wcale trującym i nie drażni. Opatrunek można pozosta-

wiać przez dłuższy czas. (*The British Medical Journal*, 4-go maja). *A. W.*

Prof. Edington wykonał doświadczenia nad działaniem przeciwgnilnem sublimatu, kwasu karbolowego i hydronaftolu, używając ich o ile możności wśród tych samych warunków, jakie istnieją wśród opatrywania ran. Wyniki jego badań były takie, że kwas karbolowy i sublimat nie tylko nie są środkami przeciwgnilnemi, ale odwrotnie, usposabiają jeszcze do ropnicy i posocznicy, wytwarzają bowiem na powierzchni ran klejowate warstwy nekrotyczne, w których doskonale rozwijają się bakteryje. Sublimat do tego szybko się rozkłada, tworząc białkan rtęciowy, który łatwo może uledz wessaniu. Co się tyczy hydronaftolu, to ten według autora, jest „idealnym" środkiem przeciwgnilnym. Działa on silniéj od sublimatu i nie posiada własności drażniących i trujących. Dla obmywania ran najlepiéj jest używać rozczynu hydronaftolu w ciepłéj wodzie 1 : 300, albo rozczynu nasyconego w zimnéj wodzie (1 : 1000 — 1 : 1100). (*The British Medical Journal*, 11 msja). *A. W.*

Choroby weneryczne.

Dr. Jamison opisuje trzy przypadki, w których uporczywy trądzik (*acne vulgaris*), od choroby jajników zawisły, uleczono za pomocą bromku potasowego. Twarze chorych pokrywał trądzik w rozmaitych okresach rozwoju, od czarnych punkcików aż do blizn. Środki miejscowe, arszenik wewnętrznie i rozmaite środki uprzywilejowane najmniejszego nie sprawiały polepszenia. Chore cierpiały do tego na obfite miesiączki i jajniki ich były bolesne. Autor zapisał im bromek potasowy i po kilku tygodniach używania tego środka twarze ich zupełnie się oczyściły. Jednak, jak tylko ustawały używać bromku potasowego, trądzik zjawiał się na nowo. (*The Practitioner*, maj). *A. W.*

Dr. J. Startin radzi w trądziku (*acne vulgaris* i *rosacea)* stosować w ciągu 20—30 minut działanie na twarz silnego strumienia pary wodnéj (czystéj albo z dodatkiem środków leczniczych). Po takiem obmyciu należy twarz ostrożnie nacierać miękkim ręcznikiem. Para wodna oczyszcza zdaniem autora pory skóry i działa pobudzająco na jéj tkanki. Należy równocześnie stosować odpowiednią dyjetę, przetwory żelaza, kwasy roślinne, siarkan wapniowy, a także i maści z siarką i z cynkiem. (*The Lancet*, 11 maja). *A. W.*

Dr. Gold podaje przypadek wyleczenia nosacizny za pomocą rtęci. Chory 30-letni włościanin przyszedł do autora w szóstym dniu choroby. Rozpoznanie stwierdzono na podstawie badania bakteryjoligicznego i przeszczepienia ropy morskim świnkom. Autor przeciął wszystkie ropnie na skórze i obmył dokładnie sublimatem, prócz tego zastosował wcierania rtęciowe (każde po 2 gramy) 2 razy dziennie. Do tego postępowania skłoniło go pewne podobieństwo kiły do nosacizny, a także brak środka, któryby działał mniéj więcéj skutecznie w téj chorobie. Wcierań takich zrobił chory 68 w ciągu 3 miesięcy i po upływie tego czasu wyzdrowiał zupełnie. Jest to jedyny przypadek nosacizny w praktyce autora (a miał on 25 przypadków), który nie skończył się śmiercią. (*Medicinskoje obozrienije*, Nr. 8. *A. W.*

Dr. Bardet zaleca następujące środki usuwające woń obrzydliwą potu. 1. Przeciwko potowi nóg. Należy myć nogi wodą z mydłem w zimie co rano, a wlecie rano i wieczór, a po kąpieli obmywać je wyskokiem. Zmieniać codziennie skarpetki, posypując je przytem proszkiem następującego składu: *magnesiae ustae* 40 grm., *bismuthi nitrici basici* 45, *O.*, *kalii hypermanganici* 13·0 i *natrii salicylici* 2·0. 2. Przeciwko potowi tułowia (który czasami posiada woń obrzydliwą, szczególniej u kobiet rudych). Posypuje się całe ciało pudrem następującego składu: *Amyli orizae* 60·0, *bismuthi nitrici basici* 25·0, *kalii hypermanganici* 10·0 i *magnesiae ustae* 5·0. (*La Clinique*, 23 maja). *A. W.*

IV. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Zebrał

W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Wszakże przy tych zmianach powietrznych ponownie można potwierdzić stare już zdanie, że zima nad Bosforem rozpoczyna się zwykle późno, że jednak od kilku lat spostrzega się widoczną zmianę klimatu, który staje się daleko prawidłowszym, stósownie do długości i szerokości geograficznéj okolicy. Tak, że jeżeli w ciągu pewnego szeregu lat trwać będą podobne pojawy, miejscowości nadbosforskie stać się mogą najwyborniejszemi stacyjami zdrowotnemi.

Wobec takiego stanu rzeczy, przypuszczenia o nieunikniony ch epidemijach, jakiéjkolwiek one są natury, stanowią przedmiot ogólnéj obawy. Wszakże na teraz trwoga zmniejszyła się nieco. Zauważano bowiem tylko choroby właściwe porom roku wprawdzie z cechą bardzo wyraźną, daleko jednak od charakteru epidemicznego. Największą zaś uwagę zwrócono na dur brzuszny i bardzo częste zapalenie gruczołu przyusznego u dzieci uczęszczających do szkółek. Pierwszy z tych stanów chorobowych, jeżeli już nie nieznany, to przynajmniéj bardzo rzadki, od pewnego czasu jest tu częstszym i przedstawia skłonność stania się nagminnym, jak to wreszcie ma miejsce w innych wielkich miastach Europy, gdzie nagromadzanie się znacznéj liczby mieszkańców w przestrzeniach stosunkowo ciasnych, nędza i jéj następstwa, dostatecznie go tłumaczą.

Dur w Konstantynopolu zauważano przeważnie na przedmieściu zwanym „Pera". Zdawałoby się jednak, że ta część miasta zabudowana amfiteatralnie, dostępna dla wiatrów, powinna posiadać najlepsze warunki hygijeniczne i być najmniéj narażoną na choroby zakaźne. Na nieszczęście jednak tak nie jest. Ręka spekulujących stworzyła tu stan opłakany i z najpowabniejszéj okolicy uczyniła miejscowość brudną i najniebezpieczniejszą w stolicy. Bo gdy z każdéj strony rozkosznych tych tu wzgórz można było uczynić łatwy przystęp powietrza, wentylując, że tak powiem regularnym przerznięciem ulic, postąpiono sobie zupełnie przeciwnie. W prowadzeniu ulic, a zarówno też i w budowie domów, nie zachowywano żadnego planu. Zabudowywano się dowolnie bez zwracania uwagi na styl i gust i nieuwzględniając najprostszych zasad hygijeny. Wielką bardzo ilość gmachów zbudowano z kamienia. I tam to właśnie, gdzie się niedba o przestrzeganie przepisów zdrowotnych, zwykliśmy obserwować dur brzuszny i plamisty, dławiec, ospę i płonicę, gnieżdżące się tam stale pomimo wszelkich usiłowań niektórych właścicieli. Pospieszę jednak dodać, że dur w téj porze jest stosunkowo łagodny. Zdaje się, że brakuje mu owego epidemicznego geniuszka, któremu dawniejsi praktycy tak wielkie przypisywali znaczenie! Pewnem jest tylko, że pomimo licznych przypadków duru i najrozmaitszych sposobów leczniczych tu używanych, rezultaty okazały się dość pomyślnemi.

Godnem uwagi praktyków jest często tu uważane zapalenie gruczołu przyusznego, z tą jeszcze wyróżniającą cechą, że u wszystkich bezwarunkowo dzieci, tylko prawostronny ulegał chorobowemu zajęciu. Cierpienie szerzyło się wyłącznie w szkółkach, kierowanych przez księży i zakonnice i, nieuwzględniając płci, występywało przeważnie u dzieci w wieku od 5—9 lat. Umiejscowienie sprawy chorobowéj poprzedzał kilkogodzinny stan gorączkowy, w ciągu którego gruczoł stawał się bolesnym na dotyk, obrzmiewał i powłoki skórne całéj okolicy przybierały barwę ciemno-różowawą. Krótko trwałe bóle głowy, nadzwyczajna skłonność do snu, niekiedy wymioty, najczęściéj zaś biegunka, uzupełniały ten chorobowy obraz. Przebieg bywał łagodny. Dziecko pozostawione na parę dni w ogrzanym pokoju, wkrótce doznawało ulgi, pomimo, że dla usunięcia stanu zapalnego żadnych nieużywano środków. Zwykle w końcu piątego dnia bóle się zmniejszały, obrzmienie znikało, chwilową niestrawność zastępywał lepszy apetyt i dziecko mogło powrócić do szkoły. Co do powodów etyjologicznych, to wypada chyba uwzględnić działanie zimnych przeciągów powietrza i stałą wilgoć, w jakiéj dzieci muszą pozostawać w ciągu ich pobytu w szkółce. Najciekawszym jednak jest charakter udzielania się cierpienia. W domach bowiem, gdzie oprócz uczęszczających do szkoły były jeszcze mniejsze dzieci, tam bez wyjątku wszyscy ulegali temu stanowi, z tym jednak dodatkiem, że u małych dziewczynek sprawa chorobowa występywała obustronnie, lecz wtedy przebieg cierpienia bywał znacznie łagodniejszy.

Gdy przypadki duru zwykle kończyły się pomyślnie,

przeciwnie płonica liczne zbierała ofiary. I ona jednak nie miała charakteru epidemii ze względu, że zakaźny ten stan chorobowy jest tu zakorzeniony od dawna, wybucha stale w pewnych okresach dzięki brakowi wszelkich ostrożności, o których potrzebie przekonały się nareszcie i tutejsze władze. To samo da się powiedzieć i o dławcu, którego siła chorobowa również była dość łagodną i, wbrew zwykłym prawidłom, zakończenie się dość pomyślne. Niemniéj jednak należy stosować ścisłe środki ostrożności, zaprowadzić odwietrzanie domów i szpitali, ażeby o tyle, o ile podobna, zabezpieczyć się od następowych wybuchów strasznego tego cierpienia.

Obok tych stanów zakaźnych, zajmujących wysokie stanowisko w hierarchii epidemicznéj, zauważano także liczne przypadki zapaleń płuc do tego nawet stopnia, że była chwila wzbudzająca obawę rozwoju prawdziwéj ich epidemii. Ukazanie się ich w téj porze roku jest niezaprzeczonym dowodem wpływu, jaki wywierają zmiany powietrza na wcześniejsze lub późniejsze wystąpienie cierpień narządu oddychania, pozostających niejako w pewnym zależnym stosunku z pojawami meteorologicznemi. Przebieg zapaleń płuc również był łagodnym. Niemniéj jednak najrozmaitsze sposoby leczenia przedstawiają prawdziwy chaos. Do niedawna jeszcze upusty krwi stanowiły dominującą metodę. Dzisiaj gdy zakończenie się cierpienia jest niepomyślnem, wina bywa przypisywaną choremu i to z powodu, że pił za mało. Po upustach więc krwi przebywamy teraz epokę koniaku. Sposób podany przez Todda stosuje się tu jako rzecz modna, i choć nieraz sprowadza przykre rozczarowanie, to na to niezwykło się zwracać uwagi. Metoda odpowiednia do pewnego stopnia w chmurnym klimacie Londynu, tutaj jest jedną z najgorszych, z powodu łagodności klimatu i wstrzemięźliwości, jaką zachowuje ludność tutejsza względem napojów wyskokowych. Przypadki nagłych zejść, które tu zauważano w ostatnich paru tygodniach, wypada przypisać wadom głównego narządu krążenia, powstałym wskutek długotrwałych cierpień gośćcowych, których ilość jest tu bardzo znaczną. Częstość zaś ta należy od bardzo licznych przyczyn, głównie jednak od stanu hygrometrycznego atmosfery, wilgoci gruntowéj i szybkich zmian w stopniu ciepłoty. Największą też ilość przykładów gośćca spotykamy w pośród mieszkańców, mających swe domy nad morzem i wzdłuż wybrzeży Bosforu, gdzie powiększéj części rodzaj budowli rozmija się zupełnie z wymaganiami hygijeny.

Z pewną siłą panują tu dotąd nieżyty oskrzeli, żołądka i jelit, które słusznie można uważać za jedyne tu cierpienia nagminne, którym zwykle towarzyszą pojawy i powikłania, co do ich siły i natury chorobowéj nieco odmienne od zwykłego klinicznego obrazu, tak, że w wielu przypadkach nieżyt żołądka uważają za dur brzuszny. A znane są i takie przykłady, w których nieżyt jelit rozpoznano, jako cholerę lub zatrucie arszenikiem, (!) co też i było powodem nietrafiających się gdzieindziéj błędów.

Z tego ogólnie przedstawionego stanu ten można wyprowadzić wniosek, że dominującym w Turcyi stanem chorobowym, są na teraz przeważnie stany nieżytowe, dające się wytłómaczyć niezwykłemi tu pojawami meteorologicznemi. Co nam jednak zachowuje przyszłość? to wszelkie w tym względzie przypuszczenia okazują się zbytecznemi. Że jednak wszystko jest możebne, wszyscy też uzbrajamy się tutaj. Jedni z obawy wojny, drudzy w oczekiwaniu rozwoju téj lub owéj z chorób zakaźnych. Jedynie tylko pod względem polepszenia warunków hygijenicznych nic się tu prawie nie robi, pomimo, że cholera i dżuma zawsze nam grożą, wzniecając nawet obawę stania się nagminnemi w Europie, sądząc po niezwykłych kierunkach, jakiemi w ostatnich latach zaznaczyły swój pochód. Wobec więc prawdopodobieństwa wojny lub epidemii, należałoby wymagać, ażeby pospieszono z zastosowaniem tu hygienijcznych środków ostrożności. Potrzebę ich bowiem rozumie cały ogół; rozumieją też i sfery rządowe. Lecz na nieszczęście ze strony tych ostatnich tylko pięknych teoryj użyto dla zadość uczynienia naglącéj kwestyi. Bo czego dotąd nie bywało w Turcyi, dzieje się właśnie teraz. Oto jeden z dygnitarzy pałacowych Dr. Mavroqeny-pasza. lekarz Sultana, senator bez teki, członek niezliczonych towarzystw naukowych, były profesor fizyjologii, ostatecznie mianowany jeneralnym inspektorem szpitali wojskowych (w stolicy oczywiście), zachwyca tutejszy światek tak zwanemi *Conferences sur Malaria*. Odbywają się one w szpitalu przy pałacu „Beylerbey“ i choć dostępne tylko dla szczupłego grona lekarzy, interesują jednak ogół, czytający je przedrukowane w miejscowych czasopismach. Przedmiot sam do tych nieznanych tu dotąd popularnych wykładów, został dobrze wybrany. Zdolny mówca rozwija w nich tak teoryję i zdobycze naukowe, jak również i swoje polityczne poglądy; podaje ciekawe biblijograficzne szczegóły, wykazując drogi geograficznych siedlisk i szerzenia się *Malarii*. Wszystko wreszcie sprowadziwszy do jednego mianownika, z senatorską turecką powagą wypowiada swe zdanie, że wszystkie nieszczęścia, jakie spadły na Turcyję, wypada przypisać postępom zachodniéj cywilizacyi. Jak jednak ostatnie zdanie, tak również i same *Conferences*, nie znajdą wielkiego rozgłosu. Epidemijologiczna zaś sytuacyja kraju o tyle z nich skorzysta, że myśl trwożliwie nam panującego zostanie na nią zwróconą, i wprowadzona w praktykę, wyda być może lepsze jak dotąd rezultaty.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 40366 **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

do wszystkich pp. c. k. Starostów i Wpp. Prezydentów miasta Lwowa i Krakowa.

W celu usunięcia niektórych usterek, zachodzących w czterotygodniowych sprawozdaniach o przebiegu chorób zakaźnych, zarządza się na podstawie rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 1/6 1889, L. 9361 co następuje:

I. W myśl tut. okólnika z dnia 13/4 1889 r., L. 23.086 zwróci Pan baczniejszą uwagę tak w miastach jak i po wsiach na przypadki gorączki połogowéj, które zazwyczaj w sprawozdaniach czterotygodniowych są pominięte. W tym celu wyda Pan polecenie do wszystkich zwierzchności gminnych w powiecie, by o każdym przypadku gorączki połogowéj bezwłocznie Panu donosiły, przy czem należy o ile możności w danym przypadku starać się zbadać źródło zarazy. W każdym poszczególnym przypadku należy bezzwłocznie wykonać wszystkie te środki ostrożności, które się okażą koniecznemi, tak z ogólnego względu sanitarno-policyjnego, jako też i ze względu na postanowienia minist. rozp. z 4/6 1881. Dz. pp. 54 dotyczaącego instrukcyi dla akuszerek.

II. W sprawozdaniach lekarskich przedkładanych z powodu epidemii ospy należy od delegowanych do epidemii lekarzy wymagać, by w swoich sprawozdaniach z większą dokładnością stwierdzali u każdego chorego, czy on był szczepiony i z jakim skutkiem, i aby tylko takie osoby w rubryce szczepionych umieszczali, u których osobiście wybitne blizny po szczepieniu sprawdzili.

III. Również polecam Panu baczniejszą zwracać uwagę na tut. rozp. z d. 16/6 1887, L. 15.388, którem zarządy szpitalne obowiązane są donieść o wszystkich przypadkach chorób zakaźnych, zaraz po przyjęciu zakaźną chorobą dotkniętego chorego do szpitala. W tym celu przypomni Pan zarządowi szpitali pomienione rozporządzenie, wzywając je do ścisłego wykonywania pod rygorem kar prawem ustanowionych. W każdym czterotygodniowym raporcie winien c. k. lekarz powiatowy uwidocznić cyfrę chorych leczonych na zakaźne choroby w szpitalach.

IV. Wreszcie zwracam uwagę Pana, iż w peryjodycznych wykazach czterotygodniowych należy wykazywać nie tylko błonicę (*Angina diphtheritica*), lecz także i dławiec czyli krup (*Angina cruposa*), lecz nie należy tych chorób odosobniać w wykazach. Lwów d. 28 czerwca 1889.

Badeni mp.

Rozpatrując kwestyję, czy fabryki naftowe mogą odpadkami swymi zarażać rzeki, przychodzi Dr. Burenin do wniosku, że nie może się to zdarzać przy racyjonalnem urządzeniu fabryk, tem bardziéj, że same odpadki posiadają pewną wartość. Dobywanie i przerabianie nafty nie wywiera szkodliwego wpływu na zdrowie robotników. Powstają u nich tylko często wysypki, które po $1\frac{1}{2}$—2 tygodniach same ustępują, i zależą więcej od błota naftowego, niż od czystych produktów naftowych. Zdarza

się także zapalenie skóry na twarzy u robotników zajętych wyrabianiem naftaliny. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 15 sierpnia. Otrzymaliśmy w przeszły piątek, t. j. w dniu, w którym już rozsyłamy *Przegląd Lekarski*, Odezwę Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich, odnoszącą się do zapobieżenia szkodom, jakie projektowane „Kasy dla chorych" najprawdopodobniéj wyrządzą stanowi lekarskiemu. Mieliśmy jeszcze czas do załączenia téj odezwy do *Przeglądu*, lecz już było niemożebnem wypowiedzenie naszego o niej zdania. Dziś więc oświadczamy, że zasady wyrażone w odezwie i sposób ich wprowadzenia w wykonanie, w całości podzielamy; Towarzystwo lekarzy galic. uważamy za jedynie powołane do wydania hasła samoobrony i nie pozostaje nam, wobec oświadczeń wypowiedzianych w Nr. 24 *Przeglądu*, jak tylko najgoręcéj zachęcić szan. kolegów, ażeby w imię dobrze zrozumianego interesu bytowego, jak i dla zasłonięcia godności lekarskiéj od pokus, szybko i jednomyślnie przystąpili do wszystkich postulatów odezwy, a w chwili stanowczéj wytrwale przy nich obstawali.

* Do d. 5 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Krynicy osób 3346, w Żegiestowie 558, w Cieplicach czeskich do d. 7 sierpnia osób 5219.

* Komisyja sanitarno-techniczno-anministracyjna, wyznaczona przez p. Namiestnika w celu zbadania ogólnych stosunków hygijenicznych w Krynicy, (o któréj pisaliśmy w Nr. 29) rozpocznie swe obrady pod przewodnictwem starosty nowo-sądeckiego d. 4 września w Krynicy.

* W Warrington (Anglia) umarła kobieta z wścieklizny, któréj pierwsze objawy wybuchły w $2\frac{1}{2}$ lat po ukąszeniu przez psa wściekłego. (*The Lancet*, 6 lipca).

* Dr. Duhamel podaje przypadek szczególnego zbiegu okoliczności. Do szpitala przyszedł 57-letni mężczyzna, cierpiący na przerost wątroby, puchlinę brzucha i nóg. Chory nadużywał trunków wyskokowych. Wykonano punkcyję i wypuszczono 13—14 litrów cieczy, wkrótce jednak puchlina powróciła tak, że musiano powtórzyć operacyję i punkcyj takich wykonano 52. Chory podczas tego pozostawał mniéj więcéj w jednakowym stanie zdrowia. Podczas 53 ciéj punkcyi zapytał lekarza, czy ciecz wypuszczona z brzucha jest szkodliwą i twierdził, że jest pewny, iż wyzdrowieje, napiwszy się jéj cokolwiek. Autor pozwolił mu to, a chory wypił około 200 grm. téj cieczy. Puchlina więcéj już nie wróciła. (*Gazette médicale de Strasburg*, 1 maja).

* **Praga czeska.** D. 27 lipca odbyła się w Pilznie uroczystość, któréj doniosłość dla ogółu lekarskiego sięga po za granicę ziemi czeskiéj; społeczeństwo czeskie z kwiatem inteligencyi lekarskiej na czele uwiekopomniło niespożyte zasługi ś. p. prof. Dra Józefa Skody, umieszczeniem pamiątkowéj tablicy na domu najbliższym miejsca, na którem stała niegdyś rodzinna siedziba wielkiego lekarza i nauczyciela.

* **Paryż.** W d. 6 sierpnia w Quartier des Ecoles tętniło życie, którego rozmiary przekroczyły to wszystko, co ta ruchliwa dzielnica do téj pory zaznała: jednocześnie z rozpoczęciem wszystkich posiedzeń kongresów międzynarodowych, odbyła się wielka solenność inauguracyjna nowéj Sorbony. Na tę uroczystość młodzież paryska zaprosiła studentów tak wszechnic francuskich jak i zagranicznych; delegowani cudzoziemskich uniwersytetów przybyli niemal z całéj Europy, a nawet i Ameryki. Młodzież ta z rozwiniętym sztandarem na czele, wśród rozentuzyjazmowanych tłumów po trzygodzinnym marszu przez Paryż przybyła do mieszkania Pasteura, któremu publiczny złożyła hołd.

* **Rosyja.** Konferencyja akademii wojskowéj medycznéj petersburskiéj wybrała (9 maja st. st.) członkami honorowymi Kudrina (jednogłośnie) i prof. Kowalewskiego.

* Prof. Połotiebnow, który obecnie kończy 25-ty rok swojéj służby, został jednogłośnie wybrany na następujące pięciolecie. (*Wracz* 1889, Nr. 23).

* Konferencyja akademii wojskowéj medycznéj petersburskiéj mianowała Dra Zmiejewa docentem prywatnym historyi medycyny. (*Wracz* 1889, Nr. 23).

* W petersburskiéj akademii wojskowéj medycznéj zawakowały posady farmacyi (z farmakognozyją) i desmurgii. (*Wracz* 1889, Nr. 23).

* **Niemcy.** W mieście Meuss przybito na domie, gdzie urodził się znany fizyjolog i histolog prof. Edward Schwann tablicę z napisem: W tym domu urodzil się Schwann w r. 1810 dnia 7-go grudnia. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

* **Francyja.** Dr. Chevrier podaje, że w Saint Jean de Monts (Vendée) żyje dziewczynka 15 miesięcy licząca, która waży 40 klgr. i jest zupełnie zdrową. Wygląda ona na 16 lat.

* W *Progrès médical* podniesiono kwestyję postawienia w Paryżu pomnika Wels'owi, Mortou'owi i Warren'owi de la Rue, którzy pierwsi zaczęli używać znieczulania.

* **Turcyja.** Na całym obszarze posiadłości tureckich wraz z Egiptem jest 5 szkół lekarskich: 2 rządowe (w Carogrodzie i Kairze), trzy zaś założone i utrzymywane przez misyjonarzy (dwie w Beyrucie, jedna w Aintabie). Szkoła carogrodzka założona w r. 1833 przez sułtana Machmuda; początkowo językiem wykładowym był francuski, który do dnia dzisiejszego jest uprzywilejowanym, ale obecnie wykłady odbywają się po turecku; kurs trwa lat 6. Do téj pory szkoła ta wydała 1400 dyplomów. Szkoła w Kairze została założoną w r. 1827; kurs trwa lat 6 i 8 miesięcy; średnio wychodzi 20 lekarzy rocznie. W Kairze również zastąpiono język francuski arabskim. Szkoły misyjonarzy mają kurs 4-letni, wydają świadectwa z ukończonego kursu, ale dla nabycia prawa do praktyki wyzwoleńcy muszą poddawać się egzaminom w Carogrodzie, względnie w Kairze. Lekarze cudzoziemcy, posiadający dyplomy zagraniczne, muszą dla nabycia prawa praktyki poddawać się Colloquium, którego zadanie nie sięga daléj, jak tylko do nabrania przekonania, że osoba posiadająca dyplom, jest rzeczywiście lekarzem. Colloquium odbywa się po francusku, lub też w każdym innym języku, ale w takim razie przez tłumacza.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 31: Dr. Zieleniewskiego: Rys balneotechniki (dokoń.) Nr. 32.: Dr. W. Sztembartha: cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 32: Dr. *W.* Biegańskiego: O leczeniu zapalenia opłucny przetworami salicylowemi. Dr. B. Ziembińskiego: O najnowszych poglądach co do wartości metody zawieszania chorego przy leczeniu zaniku nerwów wzrokowych. Dr. Julianes Aleksy: Przypadek zupełnego wrodzonego braku macicy i pochwy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. ŁUKASIEWICZ: Intoxication durch subcutane Injection von oleum cinereum. (Z kliniki prof. Kaposiego. Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 29, 30 1889 r.).

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 24 Sierpnia 1889. Nr. 34.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O zachowaniu się istoty kitowéj beleczków mięsnych serca w stanach chorobowych.

Podał
Prof. Browicz.

Beleczki mięsne, z jakich się mięsień sercowy składa, złożone są, jak wiadomo, z komórek obłych, podłużnych, na skrawku równolegle do przebiegu beleczków wykonanym kształtu równoległobocznego, spojonych ze sobą zbitą istotą kitową.

Istota ta w świeżym, prawidłowym mięśniu badanym w $^1/_2$% rozczynie soli kuchennéj nie zawsze jest jako tako widoczna. Występuje ona bardzo wyraźnie pod wpływem rozcieńczonego kwasu octowego ($^1/_2$% rozczyn). Za pomocą impregnacyi srebrem (Eberth), również przez macerowanie skrawków cieniutkich w rozczynie kwasu chromowego 1 lub 2 na 10.000 (Ranvier) można ją uwidocznić, rozdzielić zaś dają się pojedyncze komórki, beleczek mięsny tworzące, za pomocą np. ługu potasowego 40% (Weismann).

Badając systematycznie mięsień sercowy wprost z trupa wzięty, czy to skrawki cieniutkie nożyczkami wykonane, czy ze zamrożonego kawałeczka cięte, wzięte z tych części czyli warstw ściany serca, w których beleczki mięsne równolegle do siebie przebiegają, a co już wolnem okiem z przebiegu pasm czyli pęczków mięsnych ocenić można, skrawki zanurzone w rozczynie soli kuchennéj $^1/_2$%, widzieć można nierzadko (badałem między innymi mięsień sercowy ludzki już w 2 lub 4 godziny po śmierci) istotę kitową bardzo wyraźnie jako smugę poprzeczną lub nieco do osi beleczka skośną tak, iż granice komórek beleczek mięsny tworzących ściśle oznaczyć się dają. Istota ta kitowa w świeżym, wprost tylko w rozczynie soli kuchennéj badanym mięśniu, nie przedstawia zawsze jednakiego wejrzenia. Raz przedstawia się jako smuga wąska, jednolitego wejrzenia (Hartnack Ok. 4. Obj. 7 lub 8), drugi raz jako szeroki pas o wyraźnych obrysach, jak gdyby istota kitowa była napęczniała, innym znów razem jako szerokie pasmo o wyraźnych brzeżnych z komórką mięsną graniczących obrysach w kształcie rąbka jasnego, ostro odgraniczonego, pomiędzy którymi to rąbkami brzeżnymi dostrzedz można istotę pręcikowatéj budowy (Hartnack Ok. 4, Obj. 8, a naturalnie jeszcze wyraźniéj przy użyciu soczewki zanurzonéj), które to pręciki równolegle do osi beleczka są ugrupowane. W jednym przypadku beleczki mięsne, wśród których istota kitowa bardzo była wyraźną i przedstawiała się jako szerokie pasmo, w częściach odpowiadających granicy międzykomórkowéj były jak gdyby kolankowato zgrubiałe.

Istota kitowa wreszcie, zawsze wśród mięśnia badanego w stanie świeżym na skrawkach czy to wprost nożyczkami wykonanych, czy też z kawałeczków mięśnia zamrożonych mikrotomem ciętych i zanurzonych w $^1/_2$% rozczynie soli kuchennéj, może uledz zupełnemu rozpuszczeniu (jak pod wpływem 40% ługu potasowego sposobem Weismanna), czy też rozpadowi tak, iż komórki mięsne w ogniskach mniejszych lub też nawet na rozległéj przestrzeni, prawie w każdym z różnych części serca wziętym skrawku, są zupełnie od siebie oddzielone. Przestrzenie powstające między pojedynczemi komórkami albo są wąskie, albo też odległość pomiędzy pojedynczemi, beleczek pierwotny tworzącemi komórkami, jest znaczniejszą, lecz komórki mięsne ułożone są jeszcze w osi pierwotnego beleczka mięsnego, lub też nawet w niektórych razach komórki mięsne porozdzielane czy porozklejane leżą zupełnie bezładnie wśród odpowiedniéj części mięśnia sercowego tak, iż beleczkowa budowa zupełnie jest zniszczona. Brzegi podstawowe, którymi stykały się pojedyncze komórki beleczek tworzące, są przeważnie równe, gładkie, albo też schodkowate, odpowiednio do normalnych granic komórek mięsnych. Komórki mięsne, a względnie beleczki mięsne tam, gdzie one jeszcze istnieją, mogą przy tem rozdzieleniu czy rozklejeniu się przedstawiać zupełnie normalny mikroskopowy obraz, równie jak i tkanka łączna podścieliskowa w skład mięśnia sercowego wchodząca. Jądra komórek mięsnych mięśnia, wśród którego rozdzielenie owo istnieje, barwią się normalnie.

Istota kitowa, komórki beleczków mięsnych łącząca, nie zachowuje się więc obojętnie. Powstają wśród niéj zmiany,

polegające czy na rozpuszczaniu się czy na rozpadzie tejże, mogące na zdolność czynnościową serca stosownie do rozległości tego zjawiska mniejszy lub większy wpływ wywrzeć, a nawet serce do dalszéj czynności niezdatnem uczynić, jasnem bowiem jest, że taka przerwa w łączności komórek mięsnych, taki nieład w ugrupowaniu tychże na skurcz mięśnia ujemnie oddziaływać musi.

Rozklejenie się komórek, beleczki mięsne serca tworzących, mianowicie rozleglejsze musi też wpłynąć na wejrzenie serca makroskopowe i rzeczywiście, stosownie do rozległości i stopnia rozklejenia, serce takie bywa rozszerzone, wiotkie, miękkie lub flakowate, a barwa mięśnia bledsza, stany serca uważane zazwyczaj jako wyraz zwyrodnienia tłuszczowego.

Pierwsza myśl, jaka się nasuwa, gdy się ma przed sobą obraz rozklejenia się komórek beleczki mięsne serca tworzączących jest, czy nie jest to zjawisko pośmiertne?

Przypadek, który mnie dał powód do systematycznego badania stanu serca, ze względu na istotę kitową, był właśnie tego rodzaju, iż nasuwał podejrzenie, iż rozklejenie to może być zjawiskiem pośmiertnem, wynikiem rozkładania się zwłok. Sekcyja kobiety lat 20 liczącéj, zmarłéj w oddziale chorób umysłowych szpitala św. Łazarza, która wykazała zaledwie początek zapalenia ostrego ogniskowego płuc, obok rozległego nieżytu oskrzelowego, nie wykazała zadnéj innéj dotykalnéj przyczyny śmierci prócz stanu nieprawidłowego serca, który zwrócił uwagę moją. Serce było flakowate, rozszerzone, mięsień blady, a badanie mikroskopowe wykazało rozlegle rozklejenie się komórek mięsnych w ścianie serca i zupełny nieład w ich ugrupowaniu. Sekcyja jednak, jakkolwiek w miesiącu marcu, dopiero w 34 godziny po śmierci wykonaną była. Objawów gnicia jednak zwłoki wcale nie przedstawiały.

Przypadek ten przypomniał mi dwa podobne, opisane w roku zeszłym z pracowni Brodowskiego przez Kleina w *Gazecie lekarskiéj* Nr. 18 p. t.: Rozklejenie się komórek mięśnia sercowego. Chcąc dojść do własnego zdania, jak się rzecz ma ze znalezionem w tym przypadku rozklejeniem komórek mięsnych, przedsięwziąłem systematyczne badania mięśnia sercowego w najrozmaitszych odstępach czasu od chwili śmierci.

Badałem serca, jak już wspomniałem, od dwu godzin (w dwóch przypadkach) aż do 50 godzin (w jednym przypadku) po śmierci w zwłokach pozostałe i dopiero w tych różnych porach po śmierci do badania wzięte. Badałem przeszło 50 serc pochodzących ze zwłok osób z rożnorodnych chorób zmarłych, a zwłoki po śmierci w jednakich warunkach przechowywane były, z przypadków tych jednak tylko z 42 mam dokładne notatki co do rezultatu badania.

Badania te uskuteczniałem zawsze na skrawkach z serc świeżych, nie przechowywanych w żadnym płynie stwardzającym (obok badania mięśnia w stanie świeżym, do którego to badania tkaniu w ogóle, a w tym razie szczegółowo wielką przywiązuję wagę, uskuteczniałem późniéj badania mięśnia stwardnialego w wyskoku), wprost w rozczynie soli kuchennéj, skrawkach wziętych z kilku różnych miejsc ściany komórki lewéj.

Statystyczny wynik badanych w ten sposób przypadków z podaniem rodzaju choroby, z któréj indywiduum zmarło, był następujący:

1.	kobieta l. 20	34 godz. po śmierci	Pneumonia disseminata incipiens, bronchitis. (umysłowo chora).	rozklejenie rozległe.
2.	mężczyzna l. 30	13 g. po śm.	Syphilis, thrombosis sin. falciformis, haemorrhagiae corticales.	rozklejenie rozległe.
3.	kobieta l. 27	24 g. po śm.	Pleuropneumonia disseminata. Tumor lienis acutus.	rozklejenie.
4.	kobieta l. 50	50 g. po śm.	Peritonitis sero-fibrinosa, typhus abdominalis.	rozklejenie.
5.	mężczyzna l. 30	22 g. po śm.	Typhus abdominalis.	niema.
6.	mężczyzna l 56	26 g. po śm.	Carcinoma laryngis.	istota kitowa wyraźna, szeroka, prążkowana, w mięśniach brodawkowych włóknisto u szczytu zwyrodniałych ogniskowe rozklejenie.
7.	mężczyzna l. 35	18 g. po śm.	Carcinoma recti, peritonitis septica.	mięsień jędrny, makroskopowo prawidłowy, istota kitowa bardzo wyraźna, ogniskowo rozwijające się rozklejenie.
8.	mężczyzna l. 58	28 g. po śm.	Pleuropneumonia.	rozklejenie.
9.	kobieta l. 48	12 g. po śm.	Oophoritis suppurativa. Peritonitis. Myoma uteri per laparotomiam excisum.	rozklejenie.
10.	mężczyzna l. 25	19 g. po śm.	Tuberculosis chronica. Stenosis ostii arteriosi dextri ex endocarditide valv. Myocarditis fibrosa.	wśród mięśni brodawkowych włóknisto zwyrodniałych ogniskowe rozklejenie, w ścianie niema.
11.	kobieta l. 88	10 g. po śm.	Atheromatosis universalis. Atrophia fusca cordis bronchitis purulenta.	niema, w 34 g. badane niema.
12.	kobieta l. 50	22 g. po śm.	Cholera nostras.	rozklejenie rozległe.
13.	dziecko l. 4	24 g. po śm.	Nephritis scarlatinosa.	niema. w 48 g. niema. w 72 g. niema.
14.	kobieta l. 44	15 g. po śm.	Erysipelas.	niema. w 39 g. niema. w 63 g. niema
15.	mężczyzna l. 67	19 g. po śm.	Pleuropneumonia fibrinosa.	niema.
16.	kobieta l. 36	12 g. po śm.	Ruptura uteri, peritonitis.	istota kitowa bardzo wyraźna, ogniskowe rozklejenie. ten sam obraz w 36 g.
17	mężczyzna l. 38	16 g. po śm.	Pleuropneumonia fibrinosa circumscripta. Myocarditis fibrosa ventr. sinistri.	niema.
18.	mężczyzna l. 45	28 g. po śm.	Apoplexia cerebri. Nephritis acuta.	rozklejenie rozległe.
19.	mężczyzna l. 50	20 g. po śm.	Exsudat. pleurit. Endocarditis mitralis fibrosa.	niema. istota kitowa w licznych miejscach wyraźna, szeroka, prążkowana. w 43 g. gdzieniegdzie ślady rozklejenia, główna masa utrzymana w swéj ciągłości. w 63 g. rozpad gnilny.

20.	dziecko l. 2½	25 g. po śm.	Morbilli, Broncho-pneumonia catarrhalis.	niema. w 74 g. niema. w 96 g. gdzieniegdzie rozeszły się komórki, w głównéj masie niema.
21.	mężczyzna l. 44	12 g. po śm.	Pleuropneumonia.	niema. w 60 g. niema. w 80 g. niema.
22.	kobieta l 40	19 g. po śm.	Pleuropneumonia.	rozklejenie rozległe.
23.	mężczyzna l. 60	20 g. po śm.	Atheromatosis universalis et art. coron. cordis. Emphysema.	niema. w 61 g. niema.
24.	kobieta l. 25	4 g. po śm.	Tuberculosis chronica.	niema. w 28 g. niema.
25.	kobieta l. 40	24 g. po śm.	Tuberculosis chronica. Nephritis acuta.	rozklejenie. istota kitowa w wielu miejscach wyraźna, prążkowana.
26.	mężczyzna l. 67	26 g. po śm.	Nephritis haemorrhagica acuta. Pleuropneumonia.	rozklejenie rozległe.
27.	mężczyzna l. 42	30 g. po śm.	Tuberculosis chronica.	niema.
28.	kobieta l. 35	30 g. po śm.	Nephritis acuta.	rozklejenie.
29.	kobieta l. 44	18 g. po śm.	Carcinoma ventriculi.	niema. istota kitowa bardzo wyraźna w 42 g. mięsień okazuje wybitne gnicie i rozpad na odłamki nieregularne.
30.	dziecko l. 2	24 g. po śm.	Bronchopneumonia catarrh.	niema. w 48 g. niema.
31.	dziecko 10 miesięcy	26 g. po śm.	Tuberculosis praecipue gland. bronch. et mesaraicarum.	niema.
32.	kobieta l. 32	4 g. po śm.	Ruptura uteri, peritonitis.	niema. istota kitowa wyraźna jako wąski rąbek. w 19 g. niema. w 42 g. niema. w 65 g. niema.
33.	kobieta l. 56	4 g. po śm.	Endothelioma peritonei diffusum.	niema. istota kitowa bardzo wyraźna jakby napęczniała, prążkowana. w 12 g. niema. w 22 g. niema.
34.	mężczyzna l. 40	24 g. po śm.	Abscessus cerebri. Nephritis acuta.	rozklejenie.
35.	kobieta l 44	2 g. po śm.	Pleuropneumonia. Cirrhosis renum.	niema. tu i owdzie istota kitowa jako wąski rąbek widoczna. w 26 g. niema. w 32 g. „ w 45 g. „ w 56 g. „ w 72 god. gdzieniegdzie rozpad w nieregularne odłamki.
36.	kobieta l. 23	2 g. po śm.	Tuberculosis chronica. Pleuropneumonia fibrinosa lobi sup. pulm. dextri.	niema. istota kitowa tu i owdzie widoczna. w 24 g. niema. w 36 g. niema. w 48 g. niema.
37.	kobieta l. 34	7 g. po śm.	Pylephlebitis suppurativa chronica, abscessus multiplices hepatis, abscessus retroventricularis.	niema. istota kitowa w nader licznych miejscach wyraźna, szeroka, prążkowana.
38.	mężczyzna l. 64	17 g. po śm.	Tuberculosis chronica.	niema. istota kitowa bardzo wyraźna, ogniskowa nekroza koagulacyjna.
39.	kobieta l. 38	6 g. po śm.	Insuficientia et stenosis ostii venosi sinistri.	niema. w 48 g. niema. w 72 g. rozpad na odłamki pojedyncze.
40.	mężczyzna l. 22	3 g. po śm.	Tuberculosis chronica praecipue gland. bronch. mediast. et retroperitoneal.	niema. istota kitowa bardzo wyraźna w każdem polu widzenia. w 43 g. niema.
41.	mężczyzna l. 50	6 g. po śm.	Pericarditis fibrosa adhaesiva tuberculosa. Tuberculosis gland. bronch.	niema
42.	mężczyzna l. 30	30 g. po śm.	Cavernae tubercul. apicis dextri, pyopneumothorax ingens.	rozklejenie.

Wynik ten świadczy, iż rozklejenie tylko w pewnych przypadkach miejsce miało i to nawet wcześnie po śmierci, bo już w 12 godzin po śmierci (najwcześniejszy okres, gdzie spotkałem rozklejenie się komórek). Ażeby zyskać większą pewność w tym względzie, czy przecież rozklejenie to nie jest wynikiem zmian pośmiertnych, przechowywałem serca przy sekcyi wyjęte na wolnem powietrzu, a więc w warunkach, w których gnicie o wiele szybciéj postępuje, pomny zdania, iż rozklejenie się komórek mięsnych powstawać ma w sercach nie świeżych, gdy już gnić poczynają (n. p. *Orth*, *Cursus der normalen Histologie* 1886 str. 184 lub *Israel*, *Practicum der pathologischen Histologie* 1889, który na str. 255 powiada: *gelegentliche cadaveröse Einwirkungen führen zur Trennung der Zellen, sei es dass letztere die Zellgrenzen sehr deutlich hervertreten lassen, sei es, dass sie eine vollständige Lösung des Zusammenhanges bewirken).*

W tym więc celu przechowywałem serca po za obrębem zwłok aż do 90 godzin niekiedy. Nie udało mnie się jednakże ujrzeć obrazu chociaż w przybliżeniu do owego tak charakterystycznego podobnego. W dwóch czy trzech przypadkach wśród objawów makroskopowych wyraźnego gnicia można było dostrzedz rozpad na pojedyncze podłużne odłamki, ale obok tego komórki mięsne a względnie mięsień sercowy przedstawiał wybitne zmiany pośmiertne, gnilne. Nie mogłem ró-

wnież dostrzedz, ażeby istota kitowa, która, jak wspomniałem, już w zupełnie świeżych sercach niekiedy jest bardzo widoczną, wyraźniejszą się stawała lub w liczniejszych beleczkach na jaw wychodziła, lub też w tych przypadkach mianowicie, gdy istota kitowa występuje jako szerokie podłużnie prążkowane pasmo, w sercach po wyjęciu ze zwłok przechowywanych rozklejenie pośmiertne do skutku przychodziło.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Dr. Aleksander Bossowski,

I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

III. M. W. lat 13 z Krakowa, uczennica. Chorowała na ospę, szkarlatynę. W rodzinie bliższéj ani dalszéj skolijozy wykazać nie można. Siostra chorej miała przebyć w dziecięctwie krzywicę, sama zaś chora, lubo słabowita i wątła, nie zdradzała przecież żadnych cięższych przypadłości i tylko późniéj trochę niż inne dzieci zaczęła biegać. Skrzywienie kręgosłupa zauważyli rodzice od maleńkości, od 5 roku jéj życia.

Dziecko wątłe, chude i blade. Wysokość ciała wynosi 126 cm. Tułów przesunięty bardzo znacznie na miednicy na lewo i zapadły tak, że odległość od szczytu pachy prawéj do grzebienia biodrowego prawego wynosi 6 cm., gdy taż sama odległość po stronie lewéj mierzy 19 cm. (Fig 5). Wcięcie kibici lewe wygładzone, linija boczna tułowiu po téj stronie przedstawia wypukłość, poniżéj dolnych żeber głęboki wrąb fałdowaty aż do linii wyrostków się rozciągający. Biodro strony lewéj wygładzone w konturach, ukryte, kończyna górna lewa zwisa wolno. Wcięcie kibici prawe zagłębione znacznie i zmienione tak, że górna jego połowa jest znacznie skrócona, a szczyt wcięcia chowa się między fałdami skóry, tworzącemi się skutkiem opadnięcia łopatki w tył i ku dołowi. Biodro prawe sterczy znacznie ku przodowi. Kończyna górna prawa z wyjątkiem saméj górnéj części ramienia przylega do biodra i krętarza wielkiego. Kręgosłup piersiowy skrzywiony w silny łuk z wypukłością na lewo ciągnący się od 2-go do 12-go kręgu. Krąg 12-ty piersiowy indyferentny. Odcinek lędźwiowy kręgosłupa w całości tworzy wygięcie łukowate z wypukłością na prawo. Kolce tylne górne kości biodrowéj nierówno ustawione; lewy wyżéj o szerokość palca od prawego, oś kości krzyżowéj długa skośnie przebiega ku lewej stronie i ku dołowi linija wyrostków kości krzyżowéj, tworzy łuk z wypukłością na prawo, w odcinku szyjnym kręgosłupa lekkie zboczenie wyrostków kolczastych na prawo; linija karko-barkowa prawa nieco wyraźniéj zarysowana. Głowa pochylona lekko na lewo. Długość kręgosłupa od 7-go kręgu szyjowego do górnego brzegu kości krzyżowéj 25 cm., odległość szczytu krzywizny piersiowéj lewéj od linii środkowéj wynosi $4^1/_2$ cm.; odległość łuku lędźwiowego od linii środkowéj w szczycie na prawo 4 cm.; wypukłość żeber po stronie lewéj tylnéj bardzo znaczna tworzy zupełny garb. Oddalenie 10-go żebra od grzebienia biodrowego po stronie lewéj jest ujemne, t. j. żebro stoi o 2 palce poprzeczne niżéj niż grzebień, po prawej zaś stronie 10 żebro przylega tuż do *crista*. Łopatka lewa w kierunku strzałkowym ustawiona i ku tyłowi wyparta, dół jéj nadgrzebieniowy wygładzony; odległość kąta dolnego łopatki lewéj od linii środkowéj wynosi 10 cm., odległość brzegu wewnętrznego w wysokości grzebienia 8 cm. Łopatka prawa w konturach swych niewyraźna, płasko ułożona. Poniżéj niéj ciągnie się fałd skośny, aż do linii środkowéj grzbietu dochodzący. Oddalenie kąta dolnego łopatki prawéj od linii środkowéj wynosi 2 cm., oddalenie brzegu spinalnego w wysokości grzebienia łopatki $4^1/_2$ cm. Wymiar skośny prawy klatki piersiowéj liczy 14 cm. Wymiar skośny lewy 23 cm., wymiar w kierunku strzałkowym po lewéj 16

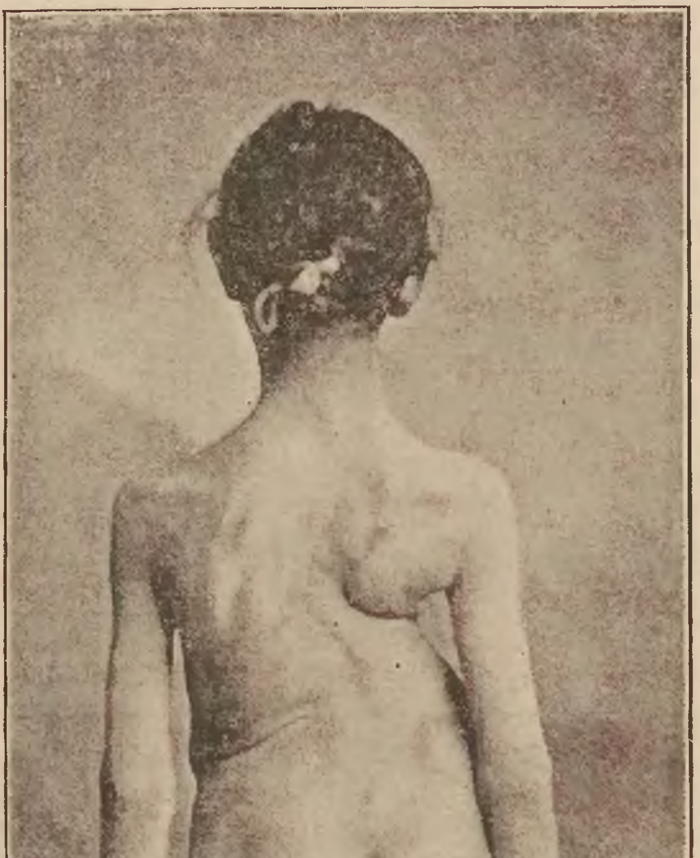


Fig. 5.



Fig. 6.

cm., po prawéj 13 cm. Z przodu okazuje klatka piersiowa przypłaszczenie po lewéj stronie, któremu odpowiada nieznaczne wypuklenie po prawéj. Obojczyk lewy lekko ku przodowi wyparty, lewy dół nad i podobojczykowy nieco płytszy w porównaniu ze stroną drugą. Oś mostka przebiega skośnie z góry i prawéj ku dołowi i na lewo. Wyrostek mieczykowaty względem trzonu mostka załamany. Na granicy chrząstek żebrowych napotyka się zgrubienia. Prawa połowa klatki piersiowéj dolną swą częścią odgięta sterczy w przód, na lewéj połowie przypłaszczonéj w całości, napotyka się w dolnéj części pod sutkami wgłębienie. Kolce przednie górne kości biodrowéj nierówno ustawione; kolec prawy niżéj stoi od lewego o 2 cm. Miednica nie okazuje znaczniejszych zmian w swoich kształtach. Długość kończyny mierzona od kolca kości biodrowéj do kostki zewnętrznéj, jako też od szczytu wielkiego krętarza do kostek i do kolca przedniego górnego kości biodrowéj nie okazuje żadnych różnic między jedną a drugą stroną.

Po zawieszeniu choréj długość kręgosłupa od kręgu 7 szyjnego aż do kości krzyżowéj podnosi się z 25 przed zawieszaniem do 30 cm. Krzywizny kręgosłupa nieco się przypłaszczają tak, że obecnie odległość szczytu skrzywienia piersiowego od linii środkowéj wynosi 3½ cm., w kręgosłupie lędźwiowym odległość szczytu krzywizny zmniejsza się do 2 cm.

Po założeniu stanika z elastycznem naciąganiem wysokość ciała podnosi się z 126 cm. na 133 (Fig. 6 i 7). Tułów ulega przesunięciu na prawo, wcięcie kibici prawe staje się płytszem, ale teraz skutkiem podniesienia barku i łopatki ku górze lepiéj się uwydatnia; kończyna prawa górna przylega do biodra prawego, ale tylko środkową częścią przedramienia. Wcięcie kiblci lewéj otwarte ku dołowi przedstawia łącznie z kończyną górną lewą kształt trójkątny z tępym kątem na wierzchołku. *Sulcus paraspinalis* lewy staje się mniéj wypukły, linia wyrostków kolczastych kręgosłupa piersiowego kreśli łuk, ale więcéj płaski niż poprzednio i wypukłością zwrócony na lewo.

IV. M. K. lat 8, uczennica. Żadnych dat co do przebytych chorób podać nie umie. Obecnie z powodu kokluszu zostaje w szpitalu św. Ludwika.

Dziecko, jak na swój wiek licho zbudowane, o skórze blado ziemistéj, o mięśniach nader wiotkich, o kośćcu smukłym. Tułów bardzo nieznacznie przesunięty na prawo względem miednicy; wcięcie kibici prawe wyciągnięte w półksiężyc, kończyna prawa górna zwisa wolno, lewy trójkąt kibici szparowato wyciągnięty, otwarty ku dołowi, lewa kończyna opiera się o biodro. Biodro lewe nieco wprzód wystercza, prawe jest wygładzone. Łopatka prawa sagitalnie ułożona i uniesiona ku górze, jéj kąt dolny sterczy w tył. Łopatka lewa ku przodowi podana, kąt dolny odstaje, górna część téj łopatki wystercza więcéj w tył niż na łopatce prawéj. Linija karko-barkowa w części swéj środkowej lewej więcéj wybitna; szyja po lewéj stronie nieco krótsza. Kręgosłup w części piersiowéj od 4-go do 11-go kręgu zbacza w lekkim łuku wypukłym na prawo, krąg 11 piersiowy indyferentny. Kręgosłup lędźwiowy okazuje lekkie zboczenie wyrostków kolczastych na lewo. W części górnéj piersiowéj i dolnéj szyjnéj napotyka się lekkie zboczenie wyrostków kolczastych na lewo. Kość krzyżowa nie okazuje zmian co do położenia. Odległość szczytu krzywizny piersiowéj wynosi 12 mm. na prawo; odległość szczytu krzywizny lędźwiowéj 1 cm. na lewo; wyrostki kolczaste w górnéj części odcinka piersiowego zbaczają ½ cm. na lewo od linii środkowéj. Kąt łopatki prawéj o 1½ cm. wyżéj ułożony od lewego, odległość kąta prawéj łopatki od linii środkowéj 7½ cm., odległość brzegu wewnętrznego w wysokości grzebienia łopatki 5½, odległość kąta lewéj łopatki od linii środkowéj 5½ cm., odległość brzegu wewnętrznego na wysokości grzebienia 5 cm. Wymiar skośny prawy klatki piersiowéj wynosi 16 cm., lewy 12 cm., wymiar w kierunku strzałkowym prawy 13 cm., lewy 12 cm.. Na przedniéj ścianie klatki piersiowéj, prócz znaczniejszego wysklepienia lewéj połowy, zmian się nie spotyka. Kolce górne przednie kości biodrowéj w równéj wysokości ustawione. Długość kończyn po obu stronach jednakowa.

Po zawieszeniu choréj długość kręgosłupa od kręgu 7 szyjnego do kości krzyżowéj powiększa się o 1 cm. Skrzywienia kręgosłupa wyrównywają się po większéj części tak, że obecnie wynoszą zaledwo parę milimetrów w kręgosłupie lędźwiowym, nieco więcéj w kręgosłupie piersiowym.

Po założeniu gorsetu z elastycznem naciąganiem wcięcie kibici prawe jest wygładzone, trójkąt zamieniony na szparę otwartą ku dołowi; wcięcie lewe zagłębia się, tworzy z kończyną trójkąt o ostrym wierzchołku. Biodro prawe sterczy wprzód; kończyna lewa zwisa wolno, prawa oparta o biodro, bark lewy uniesiony ku górze, łopatka lewa dolnym kątem sterczy w tył, bark prawy obniżony, łopatka przypłaszczona. Zboczenie kręgosłupa piersiowego na prawo wyrównywa się prawie w zupełności. Wysokość ciała po założeniu gorsetu podnosi się z 114 na 115 cm.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Na posiedzeniach Towarzystwa bijologicznego w Paryżu z dnia 1-go i 15-go czerwca donosił Brown-Séquard o dziwnym wpływie zwierzęcego soku jąder na ustrój. Wychodząc z teoretycznego rozumowania przyszedł na myśl uzyskania z jądra zwierząt przez wyciśnięcie i wymycie cieczy, którą wstrzykiwał najpierw innym zwierzętom, a późniéj sobie samemu. Mimo wielkiéj bolesności nie sprowadziły wstrzykiwania te nigdy ropienia, natomiast wystąpił objaw w wysokim stopniu zadziwiający: sprawy czynnościowe, których Brown-Séquard, odpowiednio swemu podeszłemu wiekowi, liczy obecnie 72 lat, wcale nie lub już nie w wydatny sposób załatwiał, wykonywał teraz najdokładniéj. Tak n. p. znikło w zupełności uporczywe zaparcie stolca, sprowadzone niedowładem jelita grubego i dawna siła mięśnia pęcherza wróciła. Bez zmęczania może obecnie B. przez 3 godziny prosto stać. Lecz co więcéj, B. czuje się teraz do pracy daleko zdolniejszym niż kiedykolwiek, przez długi czas nie mógł nigdy po jedzeniu umysłowo pracować, a obecnie idzie mu to bez jakichkolwiek trudności, jednem słowem, czuje się o 30 lat młodszym. Wstrzykiwania robi się w ciągu trzech tygodni 4 razy, w ostatnich 10-ciu dniach pozostała cielesna i umysłowa zdolność do pracy podwyższoną, mimo, że nie robił wstrzykiwań. Użyta do nich ciecz ma bardzo skomplikowany skład, gdyż składa się z nasienia, krwi i soku gruczołowego; któremu z tych składników przypisać należy podane wyżéj działanie? nie da się na razie rozstrzygnąć; tyle jednak jest pewnem, że nasienie samo wstrzyknięte, nie rozwija tego zadziwiającego działania. Doniesienie to sprawiło niespodziewane wrażenie na słuchaczach, którzy zostali późniéj prawie boleśnie dotknięci tem, co B. dla wytłómaczenia nowowynalezionego faktu przytoczył. Opowiadał on, że radził dwom osobnikom w wieku 55-ciu i 65-ciu lat, którzy uskarżali się na ogólne wyczerpanie, onanizować się dwa razy tygodniowo i to nie zupełnie t. j., aby nie przyszło do wytryśnięcia nasienia i rzeczywiście czuli się w ten sposób leczeni chorzy po kilku „posiedzeniach“ wzmocnionymi. Gruczoły wydzielają, według twierdzenia B. prócz sekrecyi przeznaczonych do wydalenia jeszcze inne wytwory, których wessanie zmienia właśnie w opisany sposób skład krwi i soków. Rozchodzi się tu nie o zły dowcip, lecz o smutną prawdę, tem smutniejszą, o ile te częścią dziwaczne, częścią wstrętne doniesienia, pochodzą od B., którego imię w nauce cieszy się dobrym rozgłosem. (*W. m. W.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Patologija.

J. Hulchinson jun.: **O zachowaniu się źrenic przy uszkodzeniach czaszki.**

1. W wstrząśnieniu mózgu zachowują się źrenice przez czas nieoznaczony, zawisły od natężenia wstrząśnienia, tak jak w uśpieniu eterowem lub chloroformowem t. j. oddziaływają powoli, nie będąc ani rozszerzonemi ani zwężonemi. 2. Rzadko znajdujemy przytem jedno- lub obustronne rozszerzenie. W jaki sposób ono do skutku przychodzi, nie da się z pewnością oznaczyć. H. wskazuje na doświadczenie Ferriera, który przez drażnienie tylnéj części górnego zwoju czołowego sprowadzał rozszerzenie obu źrenic. 3. Jeżeli po ciężkich objawach mózgowych następują objawy zapalne, stwierdzamy zawsze zwężenie, niezawiśle od tego, czy zranienie nastąpiło

daleko lub blisko od ciałka czworaczego. 4. W ucisku mózgu w następstwie krwawienia oponowego spostrzegamy w połowie przypadków rozszerzenie źrenicy po stronie zranienia; według zdania H. powstaje ono wskutek ucisku na ciałko czworacze. Po niem jest obustronne rozszerzenie najczęstszem; rokowanie wtedy jest bardzo złe. Zwężenie źrenicy jest rzadkie. 5. W zranieniach części szyjnéj nerwu współczulnego nie przydarza się czynne rozszerzenie, lecz niemożność źrenicy rozszerzania się w ciemności. 6. Przebieg nerwu współczulnego szyjnego u człowieka zdaje się być taki sam, jak u zwierzęcia, t. j. włókna zdają się odchodzić od pierwszego lub drugiego nerwu grzbietowego. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 18). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Reich. **Niezwykłe działanie atropinu.**

Znane są każdemu okuliście wypadki idiosynkrazyi, że krople atropinowe wywołują u niektórych pacyjentów podrażnienie oczu, a nawet silne objawy zapalne ze strony spojówki i skóry. W pracach Kugela, Linka i Federsona zebrane są przypadki objawów otrucia chorych, zaledwie kilkoma kroplami słabego rozczynu atropinu, wkroplonego do worka spojówki. Autor opisuje przypadek osobliwego działania atropinu na układ nerwo-krwionośny: pewnemu gimnaziście, cierpiącemu na postępową krótkowzroczność (M. oc. dxt. 9 D., M. oc. sin. 10 D.) przy V. 6/36 i nieznaczne *staphyloma posticum*, zalecił zupełny odpoczynek oczu, dymne konserwy i wkraplanie 2 razy dziennie atropinu (1 : 120). Po każdem jednak wkropleniu w 5—10 minut pokazywał się krwotok nosowy trwający cały kwadrans, bez żadnych objawów otrucia się atropinem. Trwało to kilka dni i malec widocznie osłabł i zbladł. Lekarz zalecił dwudniową pauzę i nosowy krwotok nie miał miejsca. Znowu rozpoczęto wkraplanie i krwotoki znowu się powtórzyły i w takiéj obfitości, że malec wręcz odmówił dalszego użycia atropinu. Ostatni zamieniono duboisyną i nosowe krwotoki, chociaż w mniejszym stopniu, lecz także miały miejsce, po każdem wkraplaniu. U młodego chorego nie znaleziono ani *hemofilii*, ani też żadnych zmian w błonie śluzowéj nosa. Krople siarczanu cynku, dla próby zakroplone, nie wywoływały nowego krwotoku, równie też ten sam rozczyn atropinu, zapuszczany innym chorym, nic podobnego nie wywoływał.

Ponieważ niewiadomo jak oddziała atropin na chorego, przeto zdaniem Dra R. najlepiéj rozpoczynać leczenie atropinem od słabych rozczynów, aby tym sposobem zbadać od działywanie ustroju na działanie silnie działającego alkaloidu. (*Oftałmołogiczeskij Wiestnik*, Maj 1889). *Dr. J. Talko.*

Chirurgija.

E. Masing: **W sprawie leczenia poprzecznego złamania rzepki.**

Autor podaje nowy przyrząd, który mu oddał dobre usługi w 4-ech przypadkach złamania rzepki. Podłużnie czworokątny kawał rodzimej gumy, 20 ctm. długi, 7 cm. szeroki, a 3 mm. gruby ma na jednym końcu sprzążkę, na drugim taśmę elastyczną; w środku jednego boku znajduje się pół księżycowate wycięcie dla górnego brzegu rzepki, a po obu bokach wycięcia dwa silne elastyczne walce wydrążone z gumy; do dolnego wolnego końca tych walców wydrążonych przymocowane są krótkie, tęgie walce metalowe, opatrzone na wolnym końcu silnym drutem metalowym. Zastosowanie przyrządu jest następujące: Na Volkmanna szynie blaszanéj, dobrze wyścielonéj, sięgającéj do środka uda, układa i przymocowuje się odnogę, okolica kolana zostaje wolną. O ile wynaczynienie krwi w stawie kolanowym zezwala, ściąga się górny odłamek i przybliża do dolnego; powyżéj tak ściągniętego odłamka umieszcza się półksiężycowate wycięcie gumy i za pomocą sprzążki tak silnie się ściąga, że odłamek nie może więcéj ku górze umknąć. Około blachy nożnéj szyny V. układa się w postaci strzemienia środek mocnéj opaski, któréj końce przeciąga się przez pierścienie metalowe i tym sposobem jest przymocowany górny odłamek, który przyciska się do dolnego; końce téj opaski przywiązuje się pod szyną. Pęcherz lodowy na miejsce złamania kończy opatrunek. Uderzająco prędko ulegało wynaczynienie krwi wessaniu i najpóźniéj po 24 godzinach stykały się obie powierzchnie złamania. Opatrunek tylko przez 6 godzin leżał mocno ściągnięty, poczem chorzy sami go sobie zwalniali tak, aby im był przyjemnym. Po 4—5 tygodniach wszystkie złamania były zagojone. Opatrunek M. zdaje się odpowiadać trzem kardynalnym warunkom opatrunku do złamań rzepki. *Dr. Baschkopf*

Choroby skórne i weneryczne.

K. Szadek (Kijów): **O leczeniu wrzodów wenerycznych sozojodolem potasowym.**

Sozojodol potasowy tworzy kryształy bez barwy i woni, które trudno rozpuszczają się w wodzie, wyskoku i glicerynie; zawiera 54% jodu. Przetworu tego używał Sz. zewnętrznie przy szankrach miękkich w 25-ciu przypadkach; w pierwszym rzędzie chciał doświadczać jego skuteczności w wrzodach, a potem chodziło mu o zbadanie, czy go można używać jako wygodnego środka zastępującego jodoform, który w praktyce syfidologicznéj posiada tak rozległe zastosowanie. Przetworu tego używał jako delikatnie rozdzielonego proszku do zasypywania wrzodów, samego lub w połączeniu z kreoliną (1 kr.: 100), daléj z wazeliną jako maści 10—15%. Wyniki jego deświadczeń pozwalają mu wydać bardzo korzystny sąd o wartości leczniczéj sozojodolu w wrzodach wenerycznych: Sozojodolkalijum ogranicza ropienie w uderzający sposób, sprawia także zdrowe, piękne wytwarzanie się ziarniny i działa ze względu na pokrycie przyskórkiem wrzodów miękkich bardzo szybko; wobec tego można środek ten przeciw wenerycznym postaciom wrzodów z nielicznemi wyjątkami nazwać lekiem pewnym; jest on zwłaszcza w praktyce prywatnéj bardzo wygodnym i polecenia godnym. Sz. sądzi, że sozojodol potasowy w leczeniu kiły, użyty sam lub w połączeniu z kreoliną może jodoform zastąpić, co ze względu na nieprzyjemną woń tego ostatniego, jest rzeczą bardzo pożądaną, tem bardziéj, że polecany w ostatnich czasach jodol zdaje się okazywać mniéj skuteczne działanie na wrzody miękkie, i dlatego nie może w wszystkich przypadkach szankra zastępować jodoformu. (*Wien. med. Bl.* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

Prof. Meynert (Wiedeń): **O zadumie.**

M. wyłuszcza istotę zadumy w przeciwieństwie do manii. Podczas gdy w ostatniéj jest usposobienie wesołe, liczne połączenia myśli, choć bez znaczenia, jednoczą się i szybko po sobie przemijają, podczas gdy czynności korowe ruchu ilościowo są wzmożone, napotykamy w zadumie zupełne przeciwieństwo. Chory ulega usposobieniu smętnemu. Wymianie czynnościowéj twórczości stoi naprzeciw hamowanie, rodzaj osłupienia w wszystkich ruchach, a urojeniu wielkości, urojenie nicości, a jego błędem jest samooskarzenie, objawienie zaniepokojenia sumienia. Nie należy jednak wyobrażać sobie, że wszystkie stany objawiające się hamowaniem, są już zadumą. Najsilniejsze zahamowanie jest osłupieniem, ale ono się nigdy nie łączy z samooskarzeniem. Jeżeli jest czynnościowe przekrwienie mózgu, powstaje uczucie szczęścia, towarzyszące już pracy tak umysłowéj jak cielesnéj, a brak tego uczucia powstaje z braku przekrwienia czynnościowego. Zrozumiałem to jest przez działanie azotynu amylowego, o którym melancholicy twierdzą, że jest to środek do rozweselenia. Widzimy to także z postaci „cyrkularnych“, w których zaduma i manija naprzemian występują, gdzie według Meynerta odżywienie jest na przemian wprost przeciwne. Nie zostaje jednak w związku manija z przekrwieniem, a zaduma z niedokrewnością, lecz musi istnieć stosunek, gdzie ciśnienie tętnicze się wzmaga, a ten stan zdaje się być w związku z t. zw. uczuciem przygnębienia. Jak tłomaczyć, że pod wpływem mnogości męczących wrażeń to szczególne usposobienie smętne z zaniepokojeniem sumienia się schodzi? Pewną grupę wrażeń i z niemi skojarzonych wyobrażeń nazywamy „ja“, uczucie bólu, sytości, uczucie mięśniowe i t. d. Pierwotne „ja“ jest jednak tylko ideałem, człowiek odbiera coraz to nowe wrażenia i wyobrażenia i takowe łączy. Pierwotne „ja“ cechuje się bronieniem swego istnienia, następowe „ja“ zamyka w sobie świat zewnętrzny. Gdy w następstwie czynnościowego zboczenia odżywczego mózgu powstaje brak wzruszeń, zostaje wtórorzędne „ja“ ścieśnione, a to objawia się uroje-

niem nicości i smętne usposobienie stanowi najważniejszą cechę zadumy; jako następowe objawy przyłączają się samooskarżenia i urojenie prześladowcze, które stanowi tylko psychologiczne następstwo pierwszego. Melancholik ceni siebie niżéj, a przecenia drugich, podniecony przecenia siebie, a drugich ceni niżéj. Siedzibą zadumy podniecenia i drażliwego usposobienia są półkule mózgowe; wrażenia zmysłowe dostają się do nich następowo przez ośrodki podkorowe. W końcu omawia M. rozróżnienie zadumy od manii, ostrego obłąkania, hypochondryi, neurastenii i obłąkania przewlekłego. (*Wien. m. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 22 sierpnia. Reskryptem z dnia 4 sierpnia b. r. mianował Najjaśniejszy Pan lekarza powiatowego 1-széj klasy Dra Józefa Merunowicza przewodniczącym w krajowéj Radzie zdrowia i radcą namiestnictwa we Lwowie.

Po usunięciu się prof. Korczyńskiego, mianowanie Dra Merunowicza protomedykiem galicyjskim stało się nieuniknionym wynikiem przedmiotowéj istoty położenia, a wreszcie słuszności. Wieloletnia rutyna nabyta przy boku ś. p. Biesiadeckiego, rozległe wykształcenie lekarskie, osiągnięte wytrwałą pracą w sławnéj pracowni fizyjologicznéj lipskiéj, oraz na stanowisku asystenta kliniki lekar. w Krakowie, a wreszcie wiek najwyższéj siły i energii, tak zalecały osobę Dra Merunowicza, że nominacyja jego na opróżnioną posadę protomedyka była w przekonaniu ogółu lekarskiego niezawodną, mocniejszą nad wszelkie współubieganie się. Przywiązując do osoby Dra Merunowicza wiele uzasadnionéj nadziei, że na nowem wpływowem stanowisku nie mało przyczyni się do poprawy stanu zdrowotnego w społeczeństwie naszem, dla nas osobiście ta nominacyja jest nader miłą, gdyż nowomianowany protomedyk był zawsze życzliwym dla *Przeglądu Lekar.*, a ufamy, że i nadal użyczy mu swojéj opieki i poparcia.

* Jego Ekscel. p. Minister wyznań i oświaty, w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych, reskryptem z dn. 25 czerwca mianował do egzaminów lekarskich na rok 1889/90: komisarzem rządowym prof. Dra L. Teichmana, zastępcą komisarza prof. Dra N. Cybulskiego; współegzaminatorem przy drugim ścisłym egzaminie doc. Dr. St. Ponikłę, zastępcą współegzaminatora doc. Dr. Ant. Gluzińskiego; współegzaminatorem przy trzecim egzaminie ścisłym prof. Dr. A. Obalińskiego, zastępcą współegzaminatora doc. Dr. A. Marsa.

* Do dn. 12 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Krynicy osób 3562, w Żegiestowie 648, w Cieplicach czeskich 5599.

* Według statystyki ogłoszonéj przez Forela liczba umysłowo chorych w kantonie zurychskim dosięgła 3178 na 339.000 mieszkańców, czyli 1%; podobnie wysokiego odsetka do téj pory nigdzie nie spostrzegano. Forel przypisuje ten smutny stan rzeczy nadużyciom wyskoku i w rzeczywistości Szwajcaryja niemiecka jest krajem, którego mieszkańce najwięcéj w Europie spożywają wyskoku. (*Revue scientifique*, Nr. 21).

* W Londynie wydał sąd dwa wyroki, których prawna podstawa ma i dla nas zasadnicze i pouczające znaczenie: jeden właściciel domu został skazany na 14-dniowy areszt za to, że przepełnił dom lokatorami, wskutek czego wybuchła w tym domu zakaźna choroba. Juny zaś, również właściciel domu, został zasądzony na grzywnę 50 funtów (mniéj więcéj 600 złr.) zato, że wskutek złego urządzenia ścieku dla nieczystości wychodkowych, powstała choroba zakaźna, któréj ofiarą padła matka i troje jéj dzieci. (*The Lancet*, 6 lipca).

* **Nekrologija.** W Heidelberdze umarł prof. Nuhn.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Wiadomościach Lekarskich* (zeszyt 11): Dra Stachiewicza: Suchoty gardlane, wyleczalność i leczenie takowych kwasem mlekowym. — Dra A. Żukowskiego: Histeryja wysokiego stopnia, obustronna kastracyja, wyleczenie. — Zeszyt 12: Dra A. Pawlikowskiego: Choroby zakaźne we Lwowie. — Dra J. Wiktora: Kasy dla chorych i stanowisko, jakie lekarze wobec takowych zająć powinni. W *Gazecie Lekarskiéj*. Nr. 33: Dra W. Matlakowskiego: Podwiązanie tętnicy pośladkowéj prawéj w jamie miednicy z powodu rany kłótéj. — Dr. W. Biegańskiego: O leczeniu zapalenia opłucnéj przetworami salicylowemi. — W *Medycynie* Nr. 33: Dr. W. Stembartha: Cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 31 Sierpnia 1889. Nr. 35.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia np. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie: w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie: „ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie: „ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XV.

Smierć z zadławienia czy z utonięcia.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Dn. 4 lutego dziewczyna czerpiąca wodę w studni obok karczmy w M., spostrzegła w niéj zwłoki kobiety, którą rozpoznano jako Annę D., lat 52 liczącą, nałogową pijaczkę, którą po raz ostatni widziano pijaną w wiliję dnia tego. Studnia była 10 metrów głęboką, a w niéj znajdowała się woda w głębokości 30 centim. Seńko M. przystąpiwszy do wyciągnięcia trupa widział, że tenże leżał twarzą ku górze i pływał w wodzie tak, że twarz i piersi wystawały nad zwierciadło, podczas gdy dolna część ciała i nogi były zanurzone. Zwłoki miały na sobie spodnicę, koszulę, buty i dużą chustkę, głowa była bez okrycia; późniéj wiadrem wyciągnięto jeszcze chustkę czerwoną, którą poznano jako własność D. Przypuszczano odrazu, że Anna D. umarła śmiercią gwałtowną z cudzéj ręki, a mianowicie z ręki syna i jego żony, a to dla tego, że oboje złéj sławy ludzie żyli w niezgodzie z matką z powodu sporu o grunt i ponieważ matka oddawała się pijaństwu. Sprawdzono, że posądzeni Mikołaj i Maryja S. byli już pociągnięci do odpowiedzialności za pobicie matki, na 3 miesiące przed śmiercią jéj wnieśli byli podanie do sądu o uznanie matki marnotrawczynią, a w wiliję śmierci jéj zabrał z jéj posiadania buraki i sprzedał takowe. Z tych powodów sąd otrzymawszy doniesienie o śmierci Anny D., polecił odbycie s e k c y i s ą d o w é j na jéj zwlokach, którą też wykonali d. 8 lutego lekarze sądowi Dr. A. i chir. B. i podali następujący wynik:

A. O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e. 1. Zwłoki kobiety średniego wzrostu, około lat 52, średnio zbudowanéj, miernie odżywionéj. 2. Na plecach, pośladkach i w ogóle na wszystkich tylnych częściach sino-filijetowe zabarwienie skóry. 3. Rogówki zmętniałe, gałki oczne zapadnięte. Na prawem oku tak pod załamkiem górnym jak i pod rogówką wynaczynienia krwawe. 4. Po zewnętrznéj stronie oczodołu prawego na skórze tak z dołu jak i z góry obrzęk i podbiegnięcie krwawe całéj części skóry między kątem zewnętrznym oka prawego a małżowiną uszną prawą, sięgający ku górze aż do porostu włosów ku dołowi przez kość licową aż do kąta szczęki dolnéj. Skóra w tych miejscach nacięta wykazuje tak w saméj skórze, jak i w tkance łącznéj podskórnéj wynaczynienia krwawe barwy bronzowo-wiśniowéj. 5. Bezpośrednio przy zewnętrznym kącie oka lewego podbiegnięcie krwawe wielkości centa, na przekroju wynaczynienia krwawe. Skrzydła nosa lewego brak, jakby wyjedzone, brzegi na przestrzeni grajcara jakby wyjedzone, ostre i nie równe, bez żadnych podbiegnięć krwawych, w otoczeniu blado-niebieskiego koloru. Przez otwor powstały przez ubytek tego lewego skrzydła nosowego ułatwione jest wejrzenie w głąb tejże połowy jamy nosowéj: jak już powiedziano, krwi i wynaczynień krwawych tak w otoczeniu rany jak i w dnie tejże nie ma. 6. W okolicy kąta lewego szczęki dolnéj siniec wielkości 4 grajcarów, który po przecięciu wykazuje w głębi skóry wynaczynienie krwawe aż do mięśnia żwacza sięgające. 7. Po jednéj i po drugiéj stronie dolnéj powierzchni szczęki dolnéj w samym środku pozioméj tejże gałęzi symetrycznie na powierzchni starcia skóry, po każdéj stronie na 3 centim. od środka podbródka oddalone, takowe są każde wielkości dużéj fasoli jasno-bronzowego koloru i pergaminowéj konsystencyi, na przecięciu tylko pod przyskórkiem lekkie wynaczynienie krwawe, nie sięgające daléj w głąb skóry. 8. Na skórze odpowiadającej prawéj połowie krtani otarcie na przestrzeni grajcara, pergaminowéj konsystencyi, brudno czerwone. Otarcie to tyczy się najpowierzchowniejszéj warstwy skóry, t. j. przyskórka, nie sięga do warstw dalszych, na przekroju wynaczynień nie ma. 9. W okolicy środkowéj części kości ciemieniowéj lewéj na skórze pokrywającéj takową rana podłużna o nieregularnych brzegach, w kierunku przednio-tylnym czaszki przebiegająca w długości $2^1/_2$ ctm., szerokości 3 milm., sięgająca aż do kaptura głowowego. W całéj skórze odpowiadającéj otoczeniu téj rany na i pod kapturem głowowym wynaczynienia krwawe barwy brudno wiśniowo-bronzowéj. 10. Zresztą przy najdokładniejszem badaniu zewnętrznem, ani na skórze i innych częściach miękkich, ani w kościach żadnego uszkodzenia dostrzedz nie można.

B. O g l ę d z i n y w e w n ę t r z n e. 11. Po odjęciu skóry czaszki w miejscu odpowiadającem uszkodzeniu w punkcie 9 oględzin zewnętrznych opisanem tak w saméj skórze, kapturze głowowym, okostny, jak i na zewnątrz i ku dołowi znajdującym się mięśniu skroniowym lewym wynaczynienie krwawe na przestrzeni dłoni dziecięcéj. 12. W okolicy mięśnia skroniowego prawego na całéj jego przestrzeni i w miejscu odpowiadającem zewnętrznemu kątowi granicy oczodołu prawego, tak na kości czołowéj w zewnętrznym jéj kącie,

jak i kości lewéj skóra i wszystkie części miękkie przesiąkłe ciemno-wiśniową wynaczynioną krwią. 13. Kości czaszki grube, wszędzie szwy pozrastane mało przeświecają. Opona twarda, jak i miękkie łatwo dają się oddzielić, są mocno żylnie przekrwione, lecz wszędzie jednostajnie. Mózg konsystencyi ciastowatéj, na przekroju drobne wynaczynionki w kształcie ziarnek maku, osobliwie w lewéj półkuli, w komórkach tegoż większa ilość płynu surowiczego czystego; mimo dokładnego badania nie znaleziono jakiegokolwiek uszkodzenia kości czaszki, mianowicie załamania lub pęknięcia. 14. Po wyjęciu krtani błona śluzowa tejże osobliwie poniżéj wiązadeł prawdziwych przekrwiona, nastrzykana, tu i owdzie małe wynaczynionki wielkości główki od szpilki. Przekrwienie to od wiązadeł prawdziwych ku dolowi na dwa centim. sięga, po przecięciu blony śluzowéj w tych miejscach na powierzchni różowo-wiśniowo wyglądających w głębi błony podśluzowéj, a nawet i mięśniach we więzadłach prawdziwych się znajdujących wynaczynienia krwawe, aż do chrząstek krtani sięgające, całą krtań po pod błoną śluzową na 2 centim. obejmujące, barwy bronzowo-wiśniowéj. 15. Płuca szaro łupkowo zabarwione, zapadnięte, lekkiemi zrostami do klatki piersiowéj przyrosłe; na przekroju zapadają się jeszcze więcéj, w dolnych częściach są więcéj krwawo zabarwione i wydzielają płyn jasno-czerwony rzadki. Błony rzekome opisane są cienkie, jasno-perlowego zabarwienia i dosyć trudno przerwać się dają. 16. Serce i worek tegoż grubą warstwą tłuszczu obrosle, mięsień jasno bronzowo zabarwiony po przekroju zostawia na nożu kulki tłuszczu. Zastawka dwudzielna po brzegach lekko zmętniała i cokolwiek grubsza. Zresztą wszystko prawidłowe. 17. Wątroba żółto-bronzowo zabarwiona, krucha, rozłażąca się pod palcem, po przekroju zostawia kulki tłuszczu na nożu. Śledziona również krucha, łatwo palcem rozedrzeć się dająca, prawidłowych rozmiarów, barwy ciemno-wiśniowéj. 18. Żołądek posiada cokolwiek płynnéj śluzowéj treści o kwaśnym zapachu, błona śluzowa tegoż blada i rozpulchniona, kiszki wzdęte zawierają, osobliwie grube, cokolwiek brudno-żółtego kału. 19. Nerki ciemnowiśniowego wejrzenia, cokolwiek większe niż prawidłowe, o konsystencyi twardéj, na przekroju przedstawiają jakby drobnoziarnistą powierzchnię o niedokładnem rozgraniczeniu istoty korowéj od piramid, barwy ciemno wiśniowéj. Torebka ich łatwo drze się i z trudnością oddziela. 20. Macica i pęcherz prawidłowe. Zresztą nic uwagi godnego nie znaleziono.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. obducenci podali następujące

Orzeczenie. a) Obdukowana zmarła gwałtowną śmiercią, a prawdopodobnie zagardloną (rękami zaduszoną) została.

b) Dowodzą tego punkt 7-my protokółu oględzin, daléj punkt 8 tegoż protokółu, w końcu punkt 15.

c) Gdy reszta uszkodzeń w protokóle opisanych (z wyjątkiem uszkodzenia skrzydła nosowego) wszędzie wynaczynienia krwawe wykazuje i same przez się, jak i razem wzięte śmierci spowodować nie byłyby w stanie, chociaż takowe za życia powstały, czego wynaczynienia są dowodem, nie mogą znawcy przypuścić innego sposobu zgładzenia obdukowanéj, jak tylko przez zagardlenie. Zdanie to popierają znawcy tak opisanemi otarciami skóry po nad krtanią, jak i wynaczynieniami w pośrodku krtani, w końcu przekrwieniem opon mózgowych i mózgu.

d) Opisane uszkodzenie skrzydła nosowego lewego powstało dopiero po śmierci, bo nie okazuje żadnych wynaczynień i wygląda jakby wywołane wygryzieniem przez zwierzę drapieżne.

e) Uszkodzenia po obu stronach oczu, po nad mięśniem skroniowym prawym, jak i po obu kątach szczęki dolnéj robią wrażenie, jakby zostały zadane przedmiotem płaskim, tępym, z większą siłą prowadzonym. Mógł to być drąg, łopata albo i ziemia, lub kamień, na które obdukowana jeszcze za życia upadła.

f) Co się tyczy opisanéj rany po nad kością ciemieniową lewą, to z dochodzenia sądowego dowiedzieli się znawcy, że już dawniéj, mianowicie 31 stycznia b. r. Annie D. zadaną została, wynaczynienia jednak świeże po pod skórą świadczą, ża na tem samem miejscu świeżo pobitą była.

g) Uszkodzenia w punkcie 3, 4, 5, 9 protokółu oględzin opisane, jakkolwiek według zdania znawców bezpośrednio śmierci Anny D. wywołać nie były w stanie, należą razem wzięte do kategoryi ciężkich uszkodzeń ciała, a to z powodu swéj rozległości.

h) Obdukowana zmarła więc wskutek zagardlenia, które śmierć przez uduszenie, czyli brak dopływu świeżego powietrza do płuc sprowadziło. (Dok. nast.)

II. O zachowaniu się istoty kitowéj beleczków mięsnych serca w stanach chorobowych.

Podał

Prof. Browicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Rozklejanie się komórek beleczki mięsne tworzących, jak to z powyżéj podanych szczegółów i wykazu statystycznego wynika, nie jest następstwem zmiany pośmiertnéj, pojawia się ono bowiem w czasie, gdy o zmianach gnilnych mięśnia sercowego mowy być nie może, n. p. w 12 godzin po śmierci, a nie pojawia się w sercach w różnym czasie ze zwłok wyjętych i na wolnem powietrzu przechowywanych. Dalszym dowodem, a zdaniem mojem, usuwającym możebne wątpliwości jest szczegół, który w dwóch przypadkach znalazłem, mianowicie obecność wynaczynień mikroskopowych wśród mięśnia okazującego rozległe rozklejenie. Ciałka krwi w tych miejscach wciśnięte były w obwodowych częściach ognisk wybroczynowych pasmami pomiędzy porozklejane komórki mięsne. Zjawisko to w żaden sposób po śmierci powstać nie mogło. Przypuściwszy bowiem nawet, że rozklejenie się komórek po śmierci powstało, niepodobnem jest, by krew z ogniska wybroczynowego, które tylko za życia powstać mogło, mogła się po rozklejeniu się pośmiertnem komórek pomiędzy nie dostać.

W literaturze francuskiéj [1]) i polskiéj (w niemieckiéj nie znalazlem nigdzie wzmianki o téj zmianie prócz przypadku Rindfleischa, o którym poniżéj mowa) spotykamy opisy téj zmiany, których autorowie uważają ją jako zmianę patologiczną a nie pośmiertną, jako przyczynę ważnych zaburzeń czynności serca, niedoskurczu serca a nawet nagłéj śmierci.

Po raz pierwszy opisał tę zmianę Rénaut (*Gazette hebdom.* 1877 Nr. 29 *Notes sur les alterations du myocarde accompagnants l'inertie cardiaque* [2]) pod nazwą *„désintégration cardiaque"* lub *„fragmentation des fibres musculaires* [3])".

Robin (*Leçons de clinique et therapeutique medicale* 1887 *Vingtième leçon*) według Kleina, w dwóch przypadkach nagłéj śmierci wskutek pęknięcia serca znalazł przy badaniu mikroskopowem zmiany śród i okołotętnicze z następowem zwyrodnieniem włóknistem mięśnia sercowego. Wzdłuż brzegów pęknięcia znalazł Robin rozklejenie się komórek mięsnych, które według niego pęknięcie serca przyspieszyć mogło.

Jaccoud w dziele swem: *Traité de pathologie interne* 1883 str. 83 opierając się na badaniach Rénauta wspomina w téj zmianie [4]), również według Klejna C. Paul (*Diagnostic et traitement des maladies du coeur* 1883 p. 460).

[1]) Prace francuskie nie wszystkie są mi dostępne, cytuję je co do treści przeważnie według Kleina, Gazeta Lekarska 1888, Nr. 18.— [2]) Według Kleina Renaut et Landonzy także w *Société de biologie* 1877. — [3]) Tytuł artykułu Colvata: *Contributions à l'étude des myocardites chroniques et de la désintégration cardiaque, Lyon méd.* 1879 wskazuje, iż autor ten zmianę tę badał. — [4]) *L'inertie cardiaque qui constitue l'asystolie aurait pour condition anatomique, d'après les recherches*

Weil (*Revue de médecine* 1887, Nr. 1. *De la mort subite dans la pleuresie*) opisał jeden przypadek, w którym przyczyną nagłéj śmierci w wysięku opłucnéj były zmiany zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego wraz z t. z. *desintégration segmentaire.*

Lancereaux (*Traité d'anatomie pathologique* 1881, str. 799) podaje, iż obok tak zwanéj *chromatose* (czyli *atrophia fusca*) znajdować się może odgraniczanie się, rozklejanie się komórek mięsnych, które jakkolwiek mało znane, nie jest jednak tak rzadkie [1]).

Jedyny, jaki znaleść mogłem w literaturze niemieckiéj, przypadek taki podaje Rindfleisch (*Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre* 1886, str. 238). Opisuje on przypadek nagłéj śmierci po zapaleniu płuc, w którym, jak powiada: *„die Muskelfasern waren ausserdem (neben trüber Schwellung sämmtlich durch Querrisse in kurze, viereckige Fragmente zerstückelt"*. Odnosi on jednak zjawisko to do mechanicznego wpływu skurczu serca, gdyż jak utrzymuje, można w mięśniu sercowym królika przez mechaniczne naciąganie tegoż podobne rozkawałkowanie wywołać. Sam jednakże ku końcowi wyraża powątpiewanie, czy znalezione przez niego w powyższym przypadku rozkawałkowanie beleczków mięsnych ze sztucznie w sercu królika wywołanem na równi postawić można. (Nawiasowo nadmienić mnie wypada, iż takiego rozkawałkowania w mięśniu sercowym królika wywołać mnie się nie udało, a tłomaczenie Rindfleischa zjawiska rozklejenia, bo z tem miał on w tym przypadku do czynienia, wydaje mnie się bardzo nieodpowiednie).

W literaturze polskiéj znajdujemy, jak już niejednokrotnie wspomniałem, dwa przypadki rozklejenia, będącego przyczyną nagłéj śmierci, opisane przez Klejna w Gazecie Lekarskiéj z r. 1888, Nr. 18, gdzie Klejn zamieszcza wzmiankę o trzech przypadkach nagłéj śmierci po tyfusie, w których Przewóski, przy ujemnym zresztą wyniku sekcyi, znalazł rozklejenie komórek mięsnych mięśnia sercowego w tak znacznym stopniu, iż z pierwotnéj budowy beleczkowéj nie pozostało ani śladu, a komórki mięsne ułożone były w największym nieładzie, krzyżowały się nawzajem lub też boki jednéj przylegały do podstawy drugiéj pod rozmaitemi kątami.

Zestawiając wyniki poszukiwań moich wysnuć się dadzą, zdaniem mojem, następujące wnioski:

1) Uwydatnienie się istoty kitowéj, która w niektórych przypadkach w mięśniu sercowym w stanie świeżym badanym jest wyraźną i to w licznych miejscach muskulatury serca, a nawet w każdem prawie polu widzenia mikroskopowego, mianowicie w przypadkach, gdzie istota kitowa przedstawia się jakby napęczniała, jako szerokie a nawet prążkowane pasmo, nie jest zjawiskiem pośmiertnem. Uważam je na podstawie poszukiwań moich jako wstępną fazę rozklejania, jako zmianę patologiczną, jako stan rozluźnienia związku komórek mięsnych pomiędzy sobą. Stan ten istoty kitowéj sam przez się wpłynąć może na zdolność czynnościową serca w mniejszym lub większym stopniu.

2) Zmiana ta istoty kitowéj posunąć się może aż do zupełnego rozłączenia komórek beleczki mięśnia sercowego tworzących, a nawet do zupełnéj zmiany budowy beleczkowéj, do zupełnego nieładu w ugrupowaniu komórek mięsnych. Stan ten powstaje za życia, za tem przemawiają przypadki, w których już n. p. w 12 godzin po śmierci rozklejenie stwierdzić się dało (jakkolwiek nie udało mnie się pochwycić obrazu tego w wcześniejszym okresie pośmiertnym), a jako dowód twierdzenia tego uważam wykazane wybroczyny mikroskopowe wśród mięśnia okazującego rozklejenie, jako też wynik badań serc wyjętych ze zwłok i badanych w różnych odstępach czasu od chwili śmierci.

3) Rozklejenie się komórek w skład beleczków mięsnych wchodzących może zająć rozległe przestrzenie muskulatury serca, a wtedy staje się przyczyną niezdolności czynnościowéj serca i nagłéj śmierci.

4) Rozklejenie się to ograniczyć się może do pojedynczych tylko ognisk, części muskulatury, a wtedy staje się przyczyną niedoskurczu różnego stopnia.

5) Rozklejenie się owe jest zmianą patologiczną, wcale częstą jak to wykaz statystyczny powyżéj podany wskazuje. W 42 badanych przypadkach spotykamy się w 14 przypadkach z rozklejeniem rozległem, a w 4 z ogniskowem.

6) Rozklejenie się komórek powstać może w sercu, w którym utkanie mięśnia sercowego innych zmian nie przedstawia, gdzie tak naczynia, a mianowicie tętnice sercowe, jakoteż tkanka łączna podścieliskowa, a nawet komórki mięsne żadnych zmian nie przedstawiają.

7) Powstać ono jednakże może obok zwyrodnienia czy to ostrego, czy też tłuszczowego komórek mięsnych lub też obok zwyrodnienia włóknistego ogniskowego (*Myocorditis fibrosa*) tak w ścianie serca, jako też w mięśniach brodawkowych.

8) Rozklejenie ogniskowe może być prawdopodobnie przyczyną pęknięcia serca jako Robin (l. c.) przypuszcza.

9) Niemniéj tworzyć ono prawdopodobnie może przyczynę, podobnie jak zmiany w rozgałęzieniach tętnic wieńcowych serca, zwyrodnienia włóknistego ogniskowego, (na oba ostatnie wnioski nie mógłbym wprawdzie dzisiaj przedłożyć ścisłego dowodu).

Cóż jest w końcu przyczyną owego rozklejenia? Nie ulega wątpliwości, iż ono jest następstwem zaburzenia odżywczego istoty kitowéj, bardzo odpornéj, jak tego dowodzą próby z sercami na wolnem powietrzu po wyjęciu ze zwłok przez dłuższy czas przechowywanemi. Czy to za-

de Rénaut, une alteration qu'il a designé sous le nom de fragmentation des fibres musculaires et qui consiste dans le relâchement des moyens d'union entre les cellules musculaires; à l'état sain, la separation artificielle de ces cellules ne peut être obtenue que par l'emploi de réactifs puissants, dans l'etat de fragmentation cette dissociation est beaucoup plus facile, elle peut être même effectuée par de simples tractions. Avec cette alteration peut exister une dégéneration graisseuse plus ou moins prononcée, mais c'est là un fait accessoire; la caractéristique anatomique fondamentelle de l'asystolie c'est la fragmentation. Il ne paraît pas cependant que cette lésion soit elle même constante dans les circonstances indiquées, car Bernheim l'a vainement cherchée dans un cas de ce genre.

[1]) *Les faisceaux musculaires sont segmentés ou brisés par places (désintegration) comme s'ils étaient formés de parties reunies entre elles, ainsi que les anneaux d'un taenia. Cette lésion, dont les caractères microscopiques sont peu accusés, conduit à l'asystolie et constitue ainsi un accident grave susceptible de déterminer une mort rapide. Elle occupe le coeur tout entier. Les faits de ce genre, quoique peu connus, ne sont pas rares, car j'en ai observé pour ma part un certain nombre; ils seraient sans doute plus répandus, si on se donnait la peine de faire l'examen histologique du musele cardiaque, alors même que les éléments qui le constituent ne paraissent pas sensiblement altérés à l'oeil nu*, str. 800. *La désintégration de la fibre cardiaque est l'effet d'un trouble nutritif et pourrait bien provenir de l'action d'une substance chimique.*

burzenie odżywcze jest wynikiem działania jakichś istot chemicznych w ustroju się wytwarzających, jak już Lancereaux (l. c.) przypuszcza, czy też także wynikiem zmian w zwojach sercowych, jak Klejn (l. c.) przypuszcza, nie podobna dzisiaj rozstrzygać.

Wykaz statystyczny badanych przezemnie przypadków powyżej podany wskazywałby, iż w przebiegu spraw zakaźnych ostrych częściej się rozklejenie pojawia, jakkolwiek w innych przypadkach tych samych spraw chorobowych brak był zjawiska tego.

Uzasadnioną żywię nadzieję, iż drogą doświadczalną u zwierząt stan taki wywołać się da, odpowiednie poszukiwania są też już w toku.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Schwass (Berlin): **Przyczynek do nauki o obrzęku śluzakowym.**

Virchow pierwszy zwrócił uwagę lekarzy niemieckich na tę chorobę, już od dawna w Anglii znaną, podczas gdy kazuistyka tej choroby w Niemczech jest skąpą, tem bardziej, że o trafnem rozpoznaniu w niejednym przypadku możnaby powątpiewać. Lassar wskazał na t. zw. *Oedema stabile*, występujące na twarzy w następstwie róży, które łatwo może dać powód do omyłki. Komisyja londyńska dla zbadania *Myxoedema* postawiła jako najważniejszą zasadę, że kliniczne i patologiczne spostrzeżenia dostatecznie wykazały, że wszystkim chorym, dotkniętym obrzękiem śluzakowatym, wspólną jest deskruktywna zmiana gruczołu tarczykowego. Rzeczywiście przypadki, w których nie nastąpił całkowity zanik tego gruczołu, są bardzo rzadkie, a takich, w którychby nastąpiło powiększenie tego narządu, znalazł S. w obszernej literaturze angielskiej tylko dwa, dlatego podaje autor przypadek *Myxoedema* u chorej, okazującej powiększenie gruczołu tarczykowego. U 45-letniej kobiety okazywała skóra podczas przyjęcia uderzająco woskowo-bladą barwę, która na twarzy przerywaną była miejscami sinawemi, jak na powiekach górnych. Głos chrypliwy, trudno zrozumialny, senzoryjum oprócz upośledzenia pamięci wolne. Gruczoł tarczykowy znacznie powiększony; badanie wziernikowe oka wykazuje stosunki prawidłowe; narządy klatki p. i brzucha bez zmian, mocz bez białka i cukru; obrzęk skóry niepodatny na twarzy, szyji, klatce p., na odnogach obrzęk miękki; po ukłuciu igłą aż do kości wydobywa się kilka kropel krwi czystej, jasnej; majaczenie. W nocy niespodziewanie nastąpiła śmierć. Przy sekcyi mózg prócz miernego przekrwienia nie przedstawiał zboczeń, narządy klatki p. i brzucha prawidłowe. Przy nacięciu skóry uderzyła dziwna przemiana tkanki podskórnej w masę ciągnącą się, galaretowatą. Baumgarten wykazał w skórze takiej tylko znaczny rozwój włókien sprężystych i wysokiego stopnia nagromadzenie się białych części krwi w najbliższem sąsiedztwie naczyń skórnych, Campana stwierdził zanik budowy włóknistej skóry i zastąpienie jej istotą śluzową. S. skóry pod drobnowidem nie badał, bo wycięty preparat zginał, zaś w gruczole tarczykowym stwierdzili Ewald i Virchow drobnowidowo zwyrodnienie tkanki folikularnej, lecz nie rozstrzygnęli, czy ono jest następstwem ucisku przez nowowytworzoną tkankę łączną, czy też zboczeń odżywczych. Od innych przypadków różni się opisany przebiegiem ostrym i ciepłotą prawidłową zamiast obniżonej. Odróżnienie od *Oedema stabile*, od akromegalii i sklerodermii było łatwem, brak zmian w sercu, nerkach, płucach i wątrobie wykluczał obrzęk zastoinowy, więc *per exclusionem* rozpoznał *Myxoedema*. Według opisów *Cachexiae strumiprivae*, a raczej *thyreoideogenitae* przez Reverdina i Kochera możnaby uczynić zmianę destruktywną gr. tarcz. odpowiedzialną za zajęcie skóry, t. j. że ostatnie jest następstwem pierwszej. Nie podzielając zapatrywania Munka, który nie uznaje związku pomiędzy gr. tarcz. a *Myxoedema*, twierdzi S. jednak, że zanik tego gruczołu nie potrzebuje koniecznie i bez wyjątku poprzedzać lub towarzyszyć rozwojowi obrzęku śluzakowego. Przypadek S. wskazuje, że śluzakowate zajęcie skóry w najcięższej postaci może istnieć bez szczególniejszego udziału gr. tarczykowego, ale czy gruczoł ten przy dłuższem trwaniu choroby nie uległby w końcu zwyrodnieniu zanikowemu, pozostawia nierozstrzygniętem. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

A. Pollatschek (Karlsbad): **O wpływie karlsbadzkiego kąpielowego leczenia na przebieg przewlekłych postaci zimnicy.**

Znaną jest rzeczą lekarzom, że przewlekłe rzeżączki wskutek używania wód karlsbadzkich ulegają pogorszeniu, ale trudno rozstrzygnąć pytanie, czy to zaostrzenie polega na pomnożeniu się gonokoków, lub na zadrażnieniu błony śluzowej układu moczo-płciowego przez wodę zawierającą kwas węglowy. Otóż podobne spostrzeżenie zrobił P. jeszcze w innej chorobie, mianowicie, że u chorych na zimnicę, u których, sądząc z objawów chorobowych i zachowania się wobec chininy, znajdowały się jeszcze zdolne do życia zarodki zimnicze, występowały napady zimnicze pod wpływem wody karlsbadzkiej bez możności wykazania innych przyczyn dla tego zaostrzenia się, a nie można ich było uważać za dobrowolne nawroty tak, że autor ostatecznie przyszedł do przekonania, że metodyczne picie większych ilości wód karlsbadzkich jest przyczyną napadów zimniczych. P. znalazł w literaturze zapiski, że także inne wody sól glauberską zawierające, rozwijają podobne działanie; tak spostrzegli Glax w Rohitschu i Kisch w Maryjenbadzie, że pod wpływem tamtejszych wód niektóre nerwice żołądka przechodzą w rzeczywiste napady zimnicze i w końcu zupełnie znikają; autorowie ci twierdzą, że leczenie wodne stanowi środek rozpoznawczy pomocniczy, czy przyczyną choroby żołądkowej nie jest zimnica. Trudnem jest pewne ocenienie tego spostrzeżenia wobec niepewnych wiadomości o ostatecznej przyczynie zimnicy z jednej strony i bijologii schyzomycetów i podobnych pasorzytów z drugiej strony. Klebs i inni twierdzą, że prątek jest nośnikiem jadu zimniczego, Marchiafava i Celli znajdują jad w plasmodyjach, rozwijających się w czerwonych ciałkach krwi jako żyjące istoty i niszczących tamże ich hemoglobinę. Mosso zaś nie uważa znalezionych we krwi tworów za samoistne istoty, lecz za zwyrodnienie czerwonych ciałek krwi, więc nie za przyczynę, lecz za następstwo zimnicy, t. j., że spostrzeżenia Klebsa i innych są słusznemi. Doświadczenia Gerhardta wykazały, że mamy tu w ogóle do czynienia z przyrzutem, przywiązanym do spraw życiowych i dlatego jest prawdopodobnem, że pomyślny wpływ wody karlsbadzkiej w ogóle wychodzi na dobre znajdującym się jeszcze w ustroju bodźcom zimnicy. Glax tłomaczy swoje spostrzeżenia tak, że źródła, zawierające sól glauberską, wywołujące we wszystkich przewlekłych nieżytach żołądka z początku objawy zadrażnienia, sprowadzają także u zimniczych zaostrzenie nieżytu żołądkowego, a z niem nową gorączkę. W wszystkich przypadkach mógł P. małemi dawkami chininu i arsenu usunąć zimnicę i osiągnąć trwalsze wyniki, nie zważając na to, że leczenie karlsbadzkie korzystnem jest wobec stanów następowych zimnicy. W końcu zwraca P. uwagę, aby chorych wysyłanych do Karlsbadu, a dotkniętych przewlekłą zimnicą, już w domu ostrzegano przed możnością zaostrzenia się choroby, mianowicie wystąpienia napadów zimniczych, jak to już lekarze domowi czynią w przypadkach kamieni żółciowych i nerkowych. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 24).

Dr. Baschkopf.

Antipyryn przeciw kamieniom nerkowym, Huchard opisuje przypadek kolki nerkowej, w której stosował przeciw bolom 1 gram antipyrynu dziennie; chory jednak jeszcze przez 6 miesięcy zażywał dziennie 2 gr. antipyrynu i kamienie znikły zupełnie, a mocz zawierał po tym czasie kwas moczowy tylko w prawidłowej odsetce.

Jodfenol przeciw kokluszowi poleca Rothe w następującej postaci: *Rp. Ac. carbol., Spir. Vini āā 1·0, Tinct. jodi gtts X, Tinct. Bellad. 2·0, Aq. menth. piper. 50·0, Syr. opiat. 10·0 S.* Co 2 godz. łyżeczkę od kawy dzieciom od 2—12 lat, mniejszym połowę. Już w końcu pierwszego tygodnia napady stają się krótszemi i rzadszemi; także czas trwania choroby zdaje się być krótszym. Nieprzyjemnych objawów ubocznych (otrucia karbolowego) nie spostrzegał nigdy.

Bismuthum subjodicum **do miejscowego leczenia kiły,** jeśli owa zajmuje nos, gardło, lub krtań w postaciach wtóro- i trzeciorzędnych okazał się skutecznym prof. Masucci w 40 przypadkach. Wyleczenie następowało po 8—15 posiedzeniach, bez wywołania nieprzyjemnych objawów ubocznych.

Trzy przypadki tężca urazowego, wyleczone za pomocą wielkich dawek pilokarpinu. Casatti podaje, że w pierwszym przypadku zastosowano już poprzednio wielką dawkę wodnika chloralowego z bromkiem sodu, a mimo to nastąpiło pogorszenie. Wtedy natarto wszystkie skurczone mięśnie maścią beladonową, podawano co 2 godz. 3 ctgr. wyciągu makowca wewnętrznie, a w końcu wstrzykiwano podskórnie co 2 godziny 1 ctgr. chlorku pilokarpinu i to także w ciągu nocy. Leczenie to trwało 6 dni, poczem wszystkie kurcze tężcowe ustąpiły. Ale równocześnie wystąpił obłęd i uderzająca dijureza. Pierwszy przypisano działaniu beladony, a ustąpił on wkrótce po zastosowaniu paraldehydu, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. W pozostałych dwóch przypadkach używano samego pilokarpinu, który równie skutecznie zadziałał.

Wypłukiwanie żołądka w złośliwéj niedokrewności. Meyer w Zurychu donosi o przypadku złośliwéj niedokrewności u 25-letniéj kobiety, powstałéj po prawidłowym porodzie dojrzałego dziecka, łączącéj się z wielkiem osłabieniem, gorączką do 39° dochodzącą, tętnem 130 i krwawieniem siatkówkowem. Wymiotów nie można już było uśmierzyć żadnym środkiem, chora nie była w stanie siadać i była całkiem apatyczna; w końcu spróbował przepłukiwania żołądka, aż czysta woda odchodziła. Chora popadła późniéj w sen, a gdy po 3 godzinach się przebudziła, nie było już ani bólu głowy, ani szumu w uszach, a po 8 dniach nastąpiło zupełne wyleczenie. Przyczyną choroby, która się rozpoczęła 4 tygodnie przed porodem, była prawdopodobnie zboczona czynność żołądka. Nieprawidłowe kiśnienie sprowadziło przez wytworzenie istot trujących, które dostały się do ustroju, ciężkie zboczenie w odżywieniu. (*Schw. Corr.-Bl.* 1889).

Leczenie przewlekłéj biegunki za pomocą krzemianu magnowego (*talcum*). Hoffmann osiągnął w 5 przypadkach przewlekłéj biegunki, trwającéj kilka miesięcy, a cechującéj się bardzo częstemi (do 30-tu) cuchnącemi stolcami, natychmiastowe polepszenie i wyleczenie przez używanie *Talcum* w wielkich dawkach. W początku leczenia podawał przez kilka dni naftalinu nie więcéj jak 4 grm. przez 24 godzin, a prócz tego codziennie przepłukiwania przewodu pokarmowego sposobem Hegara słabym roztworem karbolowym, poprzedzone przepłukaniem ciepłą wodą; po 2—3-ech dniach stolce straciły cuchnienie, lecz były jeszcze częste, wtedy podawał 3 razy dziennie *talcum* w mleku zawieszone w dawce 200 gr. dziennie, co po kilku dniach sprowadziło wyleczenie; w jednym przypadku biegunka była na tle gruźlicy jelit.

Skuteczne leczenie choroby Basedowa kwasem siarkowym. Gdy u 22-letniéj choréj wszystkie polecane środki okazały się bezskutecznemi, podawał Magonder co 4 godziny po 20 kropel 20% roztworu *Ac. sulphur. aromat.*, poczem wszystkie trzy cechujące objawy choroby Basedowa ustąpiły. Gdy choroba zaczęła powracać, stosowano z skutkiem przeciw niéj wspomniany środek i tym sposobem osiągnięto zupełne wyleczenie.

Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego leczy prof. Mosetig-Moorhof w Wiedniu jodoformem. Pęcherz przepłukuje się najpierw czystą ciepłą wodą, potem wstrzykuje się następującą zawiesinę: *Jodoform. 50·0, Glycerini 40·0, Aq. destill. 10·0, Gumm. tragacanth. 0·25,* S. Z tego łyżkę na ½ litra letniéj wody, po zamięszaniu wstrzyknąć, co powtarza się co 3 dni. (*Wien. med. Presse*), *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

M. Bernhardt (Berlin): **O leczeniu tabetyków za pomocą wieszania.**

Od roku leczy Charcot według metody Moczutkowskiego w Odessie chorych na nerwy, a przedewszystkiem na uwiąd rdzenia pacierzowego za pomocą wieszania, które mu oddało dość dobre usługi. Do suspenzyi używa się tego samego przyrządu, jaki poleca Sayre do zakładania swego gorsetu gipsowego; tym sposobem leczył Bernhardt 21 chorych, u których wykonał 256 suspenzyj, po zastosowaniu któréj nigdy nie spostrzegał bólu z wyjątkiem u jednego chorego, który z powodu ucisku rzemienia, przyłożonego do okolicy potyliczno-karkowéj, uskarżał się na nieprzyjemne uczucie, dlatego poleca rzemień ten dobrze wyścielić, aby przy wieszaniu 2, 3 lub więcéj minut trwającem nie powstało porażenie uciskowe nerwów ramieniowych w pasze przebiegających. Czas trwania suspenzyi u B. nie przekraczał nigdy 3 minut. Nieprzyjemne przypady spostrzegał tylko u dwóch chorych. U jednego lekkie zemdlenie, u drugiego, okazującego t. zw. *crises laryngées* występowały groźniejsze objawy. Z dwóch kobiet, które poddały się leczeniu, jedna nie zjawiła się więcej po pierwszéj suspenzyi, druga zaś, którą tylko 3 razy zawieszano, chwaliła bardzo leczenie tak, że zaniechała wstrzyknięcia morfiny, bez którego się pierwéj obejść nie mogła. Z 19 mężczyzn 16 na pewne już od wielu lat cierpiało na uwiąd; używali oni już wcierań, kąpieli zwykłych i solankowych, galwanizacyi i faradyzacyi, lekowania wewnętrznego najrozmaitszego rodzaju. Althaus tłómaczy skuteczność suspenzyi tem, że przez naciąganie stosu pacierzowego rozrywają się zrosty oponowe, a stwardnienia tkanko-łączne wewnątrz rdzenia zostają zwolnione. Lepszą jest teoryja Charcota o zwolnieniu ucisku pojedynczych korzeni nerwowych przez oddalenie kręgów od siebie i o zmianie stosunków krążenia w pochewkach tychże korzeni, opon rdzenia pacierzowego i samego rdzenia. Opierając się na doświadczeniu, czyni B. następujące wnioski: Sposobu opisanego można używać u wielkiéj liczby tabetyków tak ataktycznych, jak i bez ataksyi. Pod dozorem lekarza ostrożnie przeprowadzona, jest suspenzyja u większéj liczby chorych bezpieczną i mniéj uciążliwą. Że niebezpieczne przypady przydarzać się mogą, nie można zaprzeczyć. Ustawiczna kontrola lekarza, który przy każdéj suspenzyi i podczas całego jéj trwania na chorego uważać powinien, zapobieży tym przypadom, wzgl. wykluczy od tego leczenia chorych źle takowe znoszących, szczególnie chorych na serce i płuca. O ile doświadczenie własne i obce sięga, nie osiągnie się za pomocą suspenzyi, jak i za pomocą innych sposobów leczenia, rzeczywistego wyleczenia uwiądu, ponieważ jednak dość znaczna ilość męczących objawów może doznać przynajmniéj czasowego polepszenia, nie można sprzeciwić się temu leczeniu u osób, do niego się nadających i wśród wymienionych ostrożności. Suspensyja nie wykluczy prawdopodobnie, ani nie zastąpi innych sposobów leczenia uwiądu, przedstawia jednak dla większéj liczby cierpiących upragnioną i, choć nie zawsze, to przecież bardzo często skuteczną odmianę środków zalecanych dla ich poprawy i wyleczenia. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Dr. R. Gersuny: **Kilka prób z gazem usypiającym** (*Schlafgas*).

Dentysta wiedeński Dr. H. Hillischer używa od jakiegoś czasu do narkozy mięszaniny gazu rozweselającego z tlenem, mięszaniny kilkakrotnie już polecanéj i zachwalanéj, z tą jednak różnicą, iż oba te gazy, każdy w osobnym znajdujący się zbiorniku, dopiero w drodze do maski ze sobą się mięszają. Przechowywanie obu gazów osobno zapobiega możliwemu wyższemu utlenianiu się azotu, a nadto dozwala przy pomocy odpowiedniego przyrządu stosunek ich do siebie (zwykle 88% gazu rozweselającego, a 12% tlenu) w każdéj chwili dowolnie zmieniać. W roku zeszłym zrobił autor w szpitalu Rudolfa ośm doświadczeń z powyższą mięszaniną w obecności Dra Hillischera, pragnąc ten sposób usypiania zastosować do operacyj chirurgicznych i obecnie wynik tychże prób podaje. Narkoza następowała stosunkowo dosyć szybko: w jednym przypadku w 1½ minuty, w czterech przypadkach po upływie 2, 3, 4 i 4½ minut, w jednym w 10 minut, w jednym osiągnięto zaledwie niezupełną narkozę, w ostatnim tylko przypadku narkoza zupełnie się nie udała tak, że musiano uciec się do chloroformu. Ten ostatni wynik ujemny (narkotyzowano w nieobecności Dra Hillischera) przypisuje autor możliwym niedokładnościom w przeprowadzeniu narkozy skutkiem niedostatecznéj wprawy. Spostrzeżenia, jakie autor poczynił przy tych ośmiu operacyjach, stosunkowo krótkiéj narkozy wymagających, bo tylko od 6 do 38 minut trwającéj, są następujące: W trzech przypadkach narkoza była całkiem zadawalniająca, nieczułość zupełna; w dwóch wystąpiła asfiksyja ze znaczną sinicą, nawet oddechanie ustało,

przypady te jednak ustąpiły natychmiast po doprowadzeniu powietrza atmosferycznego i w dalszym ciągu operacyi narkotyzowano daléj tym samym sposobem, zwiększywszy tylko stosunek tlenu w mięszaninie. Wymioty wystąpiły dwa razy podczas uśpienia, po narkozie ani razu. Tętno we wszystkich przypadkach narkozy szybkie 120 do 140 i wielkie. Parcie krwi, mierzone w dwóch tylko przypadkach sfigmomanometrem Bascha, w narkozie się zmniejsza. Ilość oddechów zwiększona, nawet 3 razy przekroczyła 50 na minutę. We wszystkich ośmiu przypadkach zauważono mniejszą lub większą sinicę. Dwa razy zauważono wśród narkozy silne poty. Po narkozie nie wystąpiły ani razu objawy, któreby jako następstwo tejże uważać można nie podaje tylko autor, jak prędko chorzy przychodzili do siebie. Ta mała liczba doświadczeń, w których dwa razy wystąpiła asfiksyja, raz nie udała się narkoza zupełnie, nie zachęciła autora do dalszych prób, owszem przyszedł on do przekonania, że usypianie podobne może być dobrem przy krótkich operacyjach dentystycznych, może nawet przy dłuższych, ale nie wymagających głębokiego uśpienia chirurgicznych lub położniczych, nie jest jednak w stanie wyprzeć z ogólnéj praktyki chirurgicznéj chloroformu, środka pewnego, chociaż czasem niebezpiecznego. Przeciwnie Hillischer sądzi, iż główną przeszkodą w rozpowszechnieniu po klinikach i zakładach chirurgicznych tego sposobu narkotyzowania jest skomplikowanie całéj manipulacyi usypiania, wymagającéj osobnego dość dużego przyrządu i potrzeba dłuższéj wprawy, a nie objawy zatrważające, którym łatwo przy dostatecznem obeznaniu się z przyrządem zapobiedz przez odpowiednie zmienianie wśród narkozy w miarę potrzeby wzajemnego stysunku obu gazów, w skład mięszaniny wchodzących, czego autor przy swoich doświadczeniach zaniechał, z wyjątkiem dwóch przypadków i to już po wystąpieniu asfiksyi. Przypadki śmierci wskutek chloroformu, będące przeważnie powodem, iż ciągle oglądamy się za innym bezpiecznym, a równie dobrym sposobem znieczulania, dzieli autor na trzy kategoryje: 1) Zejście śmiertelne wśród głębokiéj narkozy, 2) zaraz z początkiem chloroformowania po kilku pierwszych wdechach, 3) w kilka godzin lub dni nawet po narkozie, niezależnie od saméj operacyi. Związek przyczynowy w tym ostatnim razie z narkozą uważa za bardzo wątpliwy; nieszczęśliwych przypadków, zaliczonych do pierwszéj kategoryi, przy wprawie, wielkiéj ostrożności i uwadze prawie zawsze można uniknąć; pozostają więc tylko nieliczne przypadki drugiéj kategoryi, w których zejście śmiertelne następuje najprawdopodobniéj skutkiem zmian chorobowych w wewnętrznych narządach, głównie w sercu, nie dających się fizykalnie za życia, często i po śmierci wykazać i wobec tych jesteśmy dotychczas bezsilni. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 32). *Dr. Langie.*

Leczenie nagniotków. Mazidło składające się z kwasu salicylowego, mlekowego i kolodyjum w równych częściach rozciera się za pomocą pędzla na nagniotek; z czasem tworzy się skorupa, która odpadając, zabiera z sobą także nagniotek.

Choroby skórne i weneryczne.

E. Leyden (Berlin): **Przypadek zmian kiłowych w kręgach.** 34 lat liczący mężczyzna przebył wrzód na prąciu z następową dymienicą, lecz objawów wtórorzędnych nie spostrzegał. Choroba zaczęła się przed 2 laty bólami w dolnéj części stosu pacierzowego. Prof. L. stwierdził silne osłabienie odnóg dolnych, niemożność chodzenia, osłabienie ręki prawéj z silnemi bólami, kątowate wypuklenie dolnéj części piersiowéj i górnéj lędźwiowéj stosu pacierzowego i znaczną bolesność w tem miejscu, czem tłómaczy zajęcie odnóg dolnych, a jako przyczynę zachorowania odnogi górnéj mógł wykazać zajęcie górnych kręgów piersiowych. Po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego wcieraniami wszystkie objawy ustąpiły. Leyden z początku rozpoznał zwykłe próchnienie kręgów, które jednak wykluczył z powodu wielokrotnego usadowienia się choroby, gdyż próchnienie gruźlicze zajmuje wprawdzie jeden a może i dwa stawy kręgowe, ale dziwnemby było, aby *Caries tuberculosa* zajęła inne miejsce jeszcze, o kilka kręgów wyżéj leżące, po pół roku. Ponieważ chory podał, że wskutek zaziębienia się powstały jeszcze zajęcia innych stawów, myślał L. także o gośćcu stawowym, tem bardziéj, że chory okazywał przez dłuższy czas gorączkę przekraczającą 39° C., lecz temu rozpoznaniu sprzeciwiała się bezskuteczność leczenia przeciwgośćcowego antipyrynem Nawet o wielokrotnych mięsakach kości myślał Leyden, lecz w końcu zadał sobie pytanie, czy to nie jest sprawa kiłowa. L. leczył przed 2-ma laty kobietę, która przed porodem uległa nagle porażeniu, a u któréj rozpoznał chorobę kręgów szyjnych; późniéj zwątpił w rozpoznanie, gdyż wystąpiły dziwne objawy, jak zupełna utrata pobudliwości elektrycznéj w porażonych odnogach. Chora umarła wskutek porażenia górnéj części rdzenia pacierzowego, a przy oględzinach pośmiertnych znalazł zajęcie pierwszego i drugiego kręgu szyjnego, które Jürgens rozpoznał jako kiłowe. L. w ogóle mało spostrzegał przypadków kiłowego zajęcia kręgów i stawów tak, że rozpoznanie było niepewne, chociaż znane mu było spostrzeżenie, że kiła w okolicach podzwrotnikowych przyjmuje inne postacie, niż u nas, mianowicie, że występuje z dość znacznemi objawami gorączkowemi. W końcu jednak przecież rozpoznał kiłę i to tem chętniéj, że usprawiedliwioną była próba leczenia swoistego, polegającego na wcieraniach z równoczesnem podawaniem jodku potasu, a wynik w uderzający sposób usprawiedliwił rozpoznanie i leczenie, gdyż chory obecnie ma się zupełnie dobrze. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Baschkopf.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 46.813 **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

do wszystkich pp. c. k. Starostów i Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych udzieliło pismem z dnia 2/7 1889 ad l. 10.134 swe rozporządzenia z 1 lipca b. r. l. 10.134, odnoszące się do siódmego wydania austryjackiéj farmakopei, która od 1 stycznia 1890 r. obowiązywać będzie, a które to rozporządzenie niebawem w dz. u. p. będzie ogłoszonem. Rozporządzenie to ogłasza do powszechnéj wiadomości „Zasady i prawidła ogólne“, które poprzedzać będą właściwą treść farmakopei.

W załączeniu przesyła się odpis tego rozporządzenia w tym celu, aby Pan niezwłocznie wszystkim w mieście zamieszkałym lekarzom, chirurgom, weterynarzom i aptekarzom udzielił takowego w dosłownym odpisie do wiadomości i zastosowania się, zwracając szczególną ich uwagę na §§ 3, 4 i 12 owych przepisów.

Niemniéj należy zwrócić uwagę i na tę okoliczność, że leki w dawnych farmakopeach oznaczone krzyżykiem (†), a więc leki, które tylko na przepis lekarza, chirurga lub weterynarza wolno wydawać aptekom, w nowéj farmakopei nie są oznaczone krzyżykiem (†), lecz odmienemi (tłuściejszemi i ukośnemi) czcionkami. Daléj podnieść należy, że wiele leków złożonych, które były w dawnych spisach, zostały wprawdzie i do nowego spisu wciągnięte, lecz pod względem ich składników, szczególniéj co do ilości, siły i jakości, pozachodziły w tych lekach znaczne zmiany.

Najważniejsze z tych zmian w składzie leków, nową farmakopeą objętych, umieszczone są w przedmowie do nowego wydania farmakopei, którą w przekładzie na język niemiecki umieściło czasopismo „*Das österr. Sanitätswesen*“ Nr. 26, a na które to tłomaczenie zwróci Pan uwagę lekarzy, chirurgów, weterynarzy i aptekarzy. Co się tyczy § 1, to w stósownym czasie zostanie podanem do wiadomości Pana wykaz leków, które apteki prowincyjonalne (*Landapotheken*) obowiązkowo mają mieć w zapasie.

Co się tyczy ostatniego ustępu § 3 wyjaśnia się, że do rzędu leków, które w ostatnim czasie wprawdzie są używane, lecz jeszcze klinicznie nie są zupełnie wypróbowane, a których bez przepisu lekarskiego wydawać aptekom nie wolno, należą nowe leki przeciwgorączkowe (*antipyretica*) jak Antifebryn, Antipyryn, Kairyn, Phenacetyn, Pyrydyn, Resorcyn, Thallin etc., również i leki nasenne (*hypnotica*), jak Paraldehyd, Sulfonal i t. d.

Ministerstwo spraw wewnętrznych zastrzegło sobie w danym razie zmianę w obecnych ograniczeniach co do wydawania wspomnianych leków.

Ponieważ wspomniane środki tylko w celach leczniczych są używane, przeto w myśl § 3 i 5 rozp. min. z d. 17/9 1883

dz. p. p. Nr. 152 wzbronioną jest drobna sprzedaż tychże środków stronom w sklepach, a jedynie handel hurtowny temi lekami między producentami, fabrykantami, handlarzami i aptekarzami jest dozwolonym. Zechce przeto Pan zawiadomić o tem w myśl § 15 rozdz. 14 ustawy przemysłowej wyraźnie strony interesowane, t. j. przemysłowców, uprawnionych do utrzymywania na składzie przetworów i środków leczniczych.

Lwów 28 lipca 1889. W zastępstwie: *Karasiński.*

Zapobieganie gruźlicy. W Paryżu zbiera się od czasu do czasu kongres, obradujący tylko nad gruźlicą; wysadził on ze swego łona komisyję stałą, która w dniu 30 lipca b. r. przysłała Akademii lekarskiéj swoje uwagi o gruźlicy w ogóle, z datami statystycznemi, odnoszącemi się tylko do m. Paryża. Pomijamy szczegóły tyczące się sposobu szerzenia się gruźlicy, mniéj więcéj ogółowi lekarskiemu znane, przytaczamy tylko rady, które komisyja zaleca, jako mające zapobiegać szerzeniu się gruźlicy: 1) Ponieważ plwociny suchotników zawierają najwięcéj pierwiastków, mogących udzielić gruźlicę, opluwanie podłogi, dywanu, ścian, firanek, serwet, chustek, prześcieradeł, kołder itd. stanowi niebezpieczeństwo dla otoczenia. 2) Wobec tego użycie spluwaczki staje się niezbędnem zawsze i dla wszystkich suchotników. Spluwaczki nigdy nie powinny być wylewane na śmiecisko, nawóz itd., gdyż mogą zakazić drób, przeciwnie należy je wypróżniać do ognia i myć wrzątkiem. 3) Nie należy kłaść się w łóżko suchotnika, starać się przebywać w jego pokoju jak najkrócéj i nigdy nie zostawiać w niem dzieci na noc. 4) Odłączyć osoby usposobione do suchot. 5) Nie używać przedmiotów, które mógł zakazić suchotnik, przed wystawieniem ich na odzakażające działanie desinfektora. 6) W zdrojowiskach i uzdrowiskach, w których przebywają suchotnicy, należy tak meblować mieszkania, ażeby desinfekcyja po opuszczeniu ich przez chorych dała się jak najłatwiéj uskutecznić; najwłaściwiéj, ażeby w takich pokojach nie było firanek, dywanów, obić; natomiast ściany powinny być wytynkowane wapnem, a podłoga przykryta linoleum. (*Revue scientifique*, 10 sierpnia b. r.). *A. Kw.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 29 sierpnia. Donoszą z Wiednia, że na najbliższéj sesyi Sejmu galicyjskiego rząd wniesie projekt organizacyi gminnéj służby zdrowia.

* Zwrócono naszą uwagę ze Lwowa, że doniesienie nasze, które powtórzyliśmy za *Gazetą Lwowską*, o mianowaniu Dr. Merunowicza protomedykiem i przewodniczącym Rady zdrowia, o tyle jest niedokładne, że prezesa Rady zdrowia mianuje nie rząd, lecz podług ustawy z r. 1870 sama Rada go wybiera. Obecnym przewodniczącym jest Dr. Czyżewicz.

* JExcel. p. Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych II klasy: Dr. J. Januszkiewicza w Pilźnie, Dr. K. Wolańskiego w Stanisławowie i Dr. A. Krzyształowicza w Dolinie, lekarzami I klasy; koncepistę sanitarnego Dr. S. Poniklę w Krakowie przeniósł na etat lekarzy powiatowych II klasy; dalej zamianował asystentów sanitarnych: Dr. A. Tarnawskiego w Kosowie, Dr. Z. Dzikowskiego w Podhajcach, Dr. T. Wasylewskiego w Rohatynie, Dr. J. Jabłońskiego w Cieszanowie i Dr. Hirschlera w Bóbrce lekarzami powiatowymi II klasy, pozostawiając wszystkich w dotychczasowéj służbie. Asystenta sanitarnego Dr. Z. Lachowicza zamianował p. Namiestnik koncepistą sanitarnym Namiestnictwa, a Dr. I. Sopińskiego, lekarza obwodowego w Bihaczu, Dr. S. Balickiego w Krakowie, Dr. M. Kramarzyńskiego w Kolbuszowy, Dr. E. Witkowskiego w Szczurowy, Dr. W. Głowińskiego w Sołotwinie, Dr. B. Grünhauta lek. miejskiego w Sanoku i Dr. W. Żelazowskiego w Krakowie asystentami sanitarnymi i przyznaczył Dr. Sopińskiego do służby przy starostwie w Żydaczowie, Dr. Balickiego do Staregomiasta, Dr. Kramarzyńskiego do biura sanitarnego w Namiestnictwie, Dr. Witkowskiego do Żywca, Dr. Głowińskiego do Nadwórny, Dr. Grünhauta do Trembowli i Dr. Żelazowskiego do Rudek; w końcu przeniósł lekarzy powiatowych: Dr. Pietrzyckiego z Brodów do Brzeska, Dr. Jendla z Staregomiasta do Brodów i asystenta sanitarnego Dr. Wyszatyckiego z Nadworny do Ropczyc, wszystkich trzech na własną prośbę.

* Do d. 18 sierpnia bawiło w Cieplicach czeskich gości kąpielowych osób 5890, w Iwoniczu do d. 12 sierpnia osób 1490, w Krynicy do d. 19 sierpnia 3562, w Żegestowie 680.

* *Kuryer codzienny* donosi, że studenci kończący nauki lekarskie użyci będą jako pomocnicy lekarscy w szpitalach warszawskich; Rada miejska wypracowała projekt tej organizacyi, który został przez władze zatwierdzony.

* Na wschodnim brzegu Czerwonego morza, w Asyrze, pomiędzy Hedżasem a Jemenem, wybuchła epidemija dżumy; według zdania prof. Draszego epidemija ta, dzięki późnéj porze roku, nie grozi rozszerzeniem się na kraje sąsiednie.

* **Mohylów podolski.** Ze sprawozdania z okulistycznego Zakładu Dr. Skudro dowiadujemy się, że sprawozdawca założył na wzór poznańskiego Zakładu Dr. Wicherkiewicza, zakład w Mohylowie, i już w roku sprawozdawczym miał poważną ilość chorych, skoro liczba uleczonych wynosiła 164, a nieuleczonych 74, z których znaczna część przypada na niemogących dłużej pozostawać w zakładzie. Ze sprawozdania również dowiadujemy się, że ilość ociemniałych na Kaukazie jest 2 razy większą, a w Rosyi europejskiéj trzy razy większą aniżeli w Królestwie polskiem. Sprawozdanie ogłosił autor w języku polskim.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Prof. nadzwyczajny Hygijeny Dr. K. Kowalkowski mianowany został profesorem zwyczajnym.

* **Nekrologija.** Dr. R. Helmholtz, syn znakomitego fizyjologa, zakończył życie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34. Dr. Kamockiego: Dalszy przyczynek do badań anatomo-patologicznych nad zmianami w oczach przy cukrzycy. Dr. Wróblewskiego: Wyrośle adenoidalne w nosowej części gardzieli. Dr. Przewoskiego: Jeszcze jeden przypadek przepukliny przeponowej.

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. SZADEK: 1) O stosowaniu jodolu w chorobach wenerycznych. 2) Stosowanie kw. salicylowego w praktyce dermatologicznéj i syfidologicznéj. 3) Über die Behandlung wenerischer Geschwüre mit Sozojodolkali. 4) Ein Beitrag zur Salbensondenbehandlung der chronischer Urethritis. 5) Bemerkungen über die Anwendung des Jodols in syphilidologischer Praxis. 6) Zur Anwendung der Salicylsäure bei einigen Hautkrankheiten. 8) Przyczynek do mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłéj. Dr. GUSTAW PIOTROWSKI: O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 7 Września 1889. Nr. 36.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie.

I.

Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale chirurgicznym prymar. Dr. Stan. Jabłońskiego z r. 1888.

Zestawił
praktykant szpit. Dr. H. Kraus.

Mimo kilkonastoletniego istnienia szpitala powszechnego w Rzeszowie nie ogłaszano dotychczas rocznego sprawozdania z ruchu chorych, szukających w nim opieki. Niesłusznieby postąpił ten, ktoby chciał zarzut pod tym względem zrobić kierownikom szpitala. Dawny budynek szpitalny, który nie wyglądał nigdy ani na zewnątrz ani na wewnątrz na zakład dla chorych, mógł w sobie w prawidłowych warunkach pomieścić zaledwie 50 łóżek, na wszystkie rodzaje chorób, liczba jednak chorych, których przyjąć musiano, znacznie cyfrę 50 przekraczała. W ciemnych i szczupłych pokojach musiano ich nieraz dziennie i 90 pomieścić. Najlepsze chęci wykonywania zabiegów operacyjnych napotykały na niezliczone przeszkody zewnętrzne: — złe światło, brak narzędzi, brak sali operacyjnéj, oto najważniejsze przeszkody na prędce zestawione. Dzięki starannym i kilkoletnim zabiegom szanownego prymaryjusza Dra Jabłońskiego jak nie mniéj i tutejszéj Rady miejskiéj przy pomocy Wysokiego Wydziału krajowego udało się wybudować dla chorych piękniejsze i wygodniejsze schronienie, a urządzenie jego wewnętrzne nie ustępuje wcale urządzeniu szpitali w naszych stołecznych miastach, choć wszystkie razem wiele jeszcze pozostawiają do życzenia. Łazienki szpitalne, sala operacyjna jasna i obszerna, wentylacyja podobna, jak ją widział prym. Jabłoński w Charité w Berlinie, obszerne sale dla chorych i separatki dla zamożniejszych, oto przyczyny, dla których obecnie, nie jak Wydział krajowy zezwolił 80, ale czasem i 140 chorych mamy dziennie w szpitalu.

To też teraz możemy wystąpić ze sprawozdaniem, nie mogącem wprawdzie współzawodniczyć z innemi sprawozdaniami szpitalnemi, ale mogące przyczynić się do zapoznania kolegów z ruchem chorych i czynnościami szpitalnemi na prowincyi.

Zaczynamy od oddziału chirurgicznego. [Oddziałem wewnętrznym i kiłowym kieruje także Dr. Jabłoński wraz z sekundaryjuszem Dr. Drobnerem. Niedawno utworzonym oddziałem ocznym kieruje znany okulista Dr. Zagórski. Sprawozdanie z ostatniego oddziału osobno się zestawi.]

Przyjętych było w ciągu roku na oddział chirurgiczny 285 chorych, między nimi 185 mężczyzn, 100 kobiet.

Na 23 dotkniętych rakiem wargi dolnéj mamy zanotowanych 19 mężczyzn i 4 kobiety. Nie ulega wątpliwości, że przyczyną stosunkowo często rozwijającego się raka wargi dolnéj są wpływy zewnętrzne, wiatr, palenie cygar, fajki i inne środki drażniące. Uderza jednak to, co już i Schramm w zestawieniu z kliniki krakowskiéj podniósł, że u nas żydzi bardzo rzadko się zgłaszają z rakiem wargi dolnéj. W naszym spisie 24 chorych nie znaleźliśmy ani jednego starozakonnego. Nie mniéj uderza niestosunek między liczbą mężczyzn nawiedzonych tym nowotworem a liczbą kobiet. Niestety nie mogliśmy wykazać, jak to jednemu z chirurgów niemieckich się zdarzyło, żeby która z kobiet rakiem wargi dolnéj dotkniętych, paliła cygara; tak daleko jeszcze wieśniaczki nasze nie postąpiły. Do niemałych rzadkości należy rak wargi górnéj. W r. 1888 nie zdarzył się ani jeden przypadek. Z opisanych trzeba przynajmniéj połowę, jako niezupełnie pewne, odrzucić. Prymaryjusz Jabłoński miał sposobność dopiero tego roku widzieć jeden przypadek raka wargi górnéj. Znakomite usługi oddał mu w niektórych przypadkach raka wargi dolnéj kokain. Pod jego ochroną unikano usypiania chloroformem, wycinano znaczne kawałki wargi dolnéj i pokrywano ubytki według zwykłych zasad plastyki.

W pracy swojéj „O laparatomii jako środku leczniczym“ radzi prof. Obaliński, aby w przypadkach niedrożności jelit z przyczyn wewnętrznych, wykonać jak najprędzéj laparatomiję, choćby ona tylko miała być rozpoznawczą. Każdy doświadczony chirurg przyzna, że zdanie to tem bardziéj wypadałoby zastosować wobec przepuklin uwięzgniętych, skoro się tylko pierwsze próby odprowadzenia przepukliny nie udały. Na prowincyi łączą się wszystkie specyjalności w jednéj osobie. Zdawałoby się, że tu zaraz po nieudaniu się pierwszych prób odprowadzenia, wykona się za poleceniem lekarza herniotomiją. Ostatnia operacyja nie należy na tutejszym oddziele chirurgicznym do rzadkości. Niestety bywa ona zazwyczaj i tutaj wykonywaną za późno. Żydzi, nie ufając prowincyjonalnym operatorom, wyjeżdżają do klinik; główny zastęp przepuklin uwięzgniętych stanowią okoliczni chłopi. W jakim okresie choroby nasz chłop szuka pomocy lekarskiéj, każdemu wiadomo. Stąd też jasny wynik operacyjny. Na 5 przypadków herniotomii wykonanych w r. 1888 aż 2 przypadki śmierci. Obydwa przypadki śmierci należą do przepuklin udowych u kobiet. W obydwóch zgorzel jelita uwięzgniętego szybko nastąpiła. Ztąd słuszna rada, aby wobec

przepuklin udowych uwięzgniętych dłużéj nad 12 godzin nie czekać.

Ze zranień zasługuje na uwagę przypadek, w którym krowa przebiła rogami powłoki brzuszne 53-letniéj kobiecie. Przez ranę w powłokach wypadły jelita. Mąż jéj, wieśniak, odprowadził jelita wypadnięte po obmyciu zwyczajną wodą napowrót do jamy brzusznéj i zeszył ranę w skórze babskiemi nićmi szwem kuśnierskim. Kiedy kobietę przywiózł do szpitala, nie można było rozpoznać, czy jelita zostały prrzedziurawione, rozpoznano tylko ograniczone zapalenie otrzewny, w następstwie którego wytworzyła się przetoka kałowa w okolicy kiszki ślepéj. Przetokę udało się dopiero po dłuższym czasie zamknąć.

Narzędzia okulistów oddają nierzadko dobre usługi i chirurgom. Małemu dziecku wklinowała się pestka wiśni tak głęboko w przewodzie zewnętrznym ucha, że wszystkie znane sposoby mechanicznego wydobycia jéj były bezskuteczne. W narkozie rozcięto trochę chrząstkowatą część przewodu zewnętrznego ucha i wydobyto ją za pomocą łyżeczki Daviela.

Gorzéj się powiodło w przypadku ciała obcego w tchawicy. Gdy środki wymiotne nie zdołały wydalić ciała wpadłego do tchawicy i duszność coraz więcéj wzrastała, wykonano tracheotomiję. Niestety nie można było w żaden sposób wydobyć fasoli uwięzgniętéj w miejscu rozdziału tchawicy w prawem oskrzelu. Sekcyja wykazała naokoło ciała obcego znaczny ropień.

Po silnych uderzeniach w brzuch nastaje albo zwrotne porażenie serca, albo bywają uszkodzone ważne narządy, znajdujące się w jamie brzusznéj w ten sposób, że albo bywają zmiażdżone, albo pękają (wątroba, śledziona, nerki), albo bywają przedziurawione (jelita, żołądek). Do rzędu uszkodzeń żołądka przez uraz należy i całkowite oddzielenie się błony śluzowéj żołądka po silnych uderzeniach w jego okolicy (u robotników kolejnych po zderzeniu się wagonów). Inaczéj rzecz się miała w jednym naszym przypadku. Służący kolejny dostał się między „pufry“ wagonu i poniósł powikłane złamanie kończyny dolnej prawéj. W dniu katastrofy wykonano wobec względnie dobrego stanu chorego amputacyję. Wieczór tego samego dnia dostał po podniesieniu się w łóżku wymiotów krwawych i skończył życie wśród objawów ostréj niedokrewności. Nazajutrz wykonana sekcyja sądowa wykazała wypełnienie żołądka skrzepami krwi i rozdarcie tętnicy wieńcowéj dolnéj lewéj żołądka. Że objawy krwotoku wewnętrznego nie wystąpiły krótko po urazie, należy sobie w następujący sposób wytłomaczyć: Pęknięcie wspomnianéj tętnicy nastąpiło niewątpliwie zaraz wśród urazu, miejsce jednak nadwerężone zalepiło się skrzepem krwi. Ruch nieostrożny chorego rozluźnił związek pomiędzy ścianą a skrzepem i stał się przyczyną opisanego zejścia.

Z nowszych środków przeciwgnilnych doświadczaliśmy i kreoliny. Niestety nie możemy się przyłączyć do tych, którzy ją tak bardzo wychwalają. Kwas karbolowy i sublimat nie dadzą się, jak sie zdaje, tak łatwo wyrugować z małego szeregu dobrych środków przeciwgnilnych. Szczególnie niedobrą jest do zastosowania kreolina w ranach głębokich, nie wiadomo podczas przestrzykiwania rany co wypływa, czy czysty roztwór kreoliny, który sam jest dość mętny, czy też z nim i wydzielina chorobowa.

II.

Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale ocznym Dra Zagórskiego szpitala powszechnego w Rzeszowie za r. 1888.

Do dwóch tylko do niedawna w Galicyi istniejących zakładów dla chorych z cierpieniami oka, — kliniki krakowskiéj i oddziału w szpitalu powszechnym we Lwowie, — przybyły w ciągu ostatnich dwóch lat jeszcze dwa, oddział oczny w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i oddział oczny Dra Zagórskiego w Rzeszowie.

Potrzebę urządzenia w Rzeszowie stacyi dla chorych ocznych uznał wysoki Wydział krajowy we Lwowie. W sprawozdaniu za rok 1888 V-go departamentu Wydziału krajowego czytamy co następuje:

„Z wyjątkiem Lwowa i Krakowa dotychczas nie było miejsca, gdzieby chorzy na oczy mogli znaleźć fachową pomoc, ztąd też wiele dotkniętych tą chorobą ludzi, którzy mogli zdrowie łatwo odzyskać, z braku téj pomocy, przy leczeniu bab wiejskich i cyrulików, stawali się kalekami i ciężarem rodzin lub żebrakami. Ponieważ miasto Rzeszów wybudowało bardzo ładny i obszerny szpital, uważaliśmy za możliwe w szpitalu tym utworzyć osobny oddział okulistyczny na dwanaście łóżek, mianując ordynaryjuszem tegoż oddziału byłego asystenta kliniki okulistycznéj bazylejskiéj Dra Zagórskiego. W ten sposób na przestrzeni między Lwowem a Krakowem będzie szpital, w którym chorzy na oczy mogą otrzymać lekarską pomoc albo wskazówkę co do leczenia się i zachowania w chorobie, albo należyte pielęgnowanie w szpitalu.“

I rzeczywiście nie pomylił się Wysoki Wydział kraj. Cel, jeśli my mamy o tem sąd wydać, nie chybiony. Na 12 łóżek musiano w ciągu I-go roku istnienia oddziału pomieścić czasem dziennie nie 12 chorych, ale nieraz dwa razy większą ilość. Musiano wtedy umieszczać ich na siennikach na podłodze. Nie wątpimy, że w miarę jak ludność okoliczna dowiadywać się będzie o istnieniu osobnego oddziału ocznego w tutejszym szpitalu, liczba chorych dotkniętych cierpieniami oka, proszących o przyjęcie do szpitala, kilkakrotnie się powiększy.

Jeżeli nadto dodamy, że oddział oczny w Rzeszowie nie ma żadnéj osobnéj dotacyi, że ordynaryjusz Dr. Zagórski własnych musi używać narzędzi do operacyi, że sam jest ordynaryjuszem i sekundaryjuszem zarazem, to dziwić się wypada i podnieść należy zapobiegliwość kierownika oddziału, że tyle w ciągu roku sam jeden zrobił. Pokaźna cyfra iridektomij, wydobycia zaćmy bez żadnego przypadku *panophtalmitis*, podnoszą bardzo wartość dawno już potrzebnego oddziału ocznego. Wartość jego jest tem większą i potrzeba go było tem bardziéj, ile, że fizyk tutejszy p. Dr. Barzycki w zestawieniu swem statycznem wykazał, że w powiecie rzeszowskim jest stosunkowo bardzo duża ilość ślepych. Na r. 1888 wypadła suma 139, między nimi 67 mężczyzn, 72 kobiet.

W ciągu pierwszego roku istnienia oddziału (1888 r.) leczono ogółem 184 chorych, z tych było mężczyzn 98, kobiet 89. Wyleczonych wyszło 146, z polepszeniem wypuszczono 28, nieuleczonych było 10.

Z chorych przyjętych cierpieli:

Choroby powiek	13	Choroby nerwu wzrokow.	1
„ spojówki	28	„ siatkówki	1
„ rogówki	57	„ soczewki	14
„ twardówki	1	„ ciałka szklan.	1
„ tęczówki	13	„ całéj gałki ocznéj	1
„ naczyn. i c. rzęsk.	8	„ mięśni ocznych	11
„ jaskrę	9	„ nerwu troistego i twarz.	3
„ oczodołu	7	„ narządu łzowego	9
„ kurza ślepota	1	„ urazy	6
	137		47
			137
		Razem	184

W *blenorrhoea conjunctivae* w pierwszym tygodniu leczenia ograniczał się Dr. Zagórski do skaryfikacyj spojówki i obmywania kwasem borowym. Następnie przechodzono do tuszowania. Czas trwania choroby skracał się i zapobiegało się powstawaniu formy przewlekłéj.

Pomiędzy chorobami rogówki było kilka przypadków t. zw. *ulcus hypopion*; w nich wszystkich uratowano wzrok. Leczenie tego cierpienia, dawniéj za bardzo niebezpieczne uważanego, polegało na tem, że starano się o pobudzenie do żywotności dotkniętych części oka przez ciepłe okłady i opaskę uciskową. Także skaryfikacyje nekrotycznych części bywały pomyślne. W jednym przypadku wielkiéj rany w rogówce, z któréj następnie usunięto kawałek drzazgi, a gdzie się już rozpoczęło ropne zapalenie naczyniówki, udało się kierownikowi oddziału przez częste nacięcia, sięgające aż do twardówki, przez ciepłe okłady i opaskę uciskową przywrócić choć częściowo gałce ocznéj dawne napięcie, rogówkę wyjaśnić i sprowadzić wessanie ropy tak, że oko odzyskało dawne swoje kształty. (Dok. nast.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XV.

Smierć z zadławienia czy z utonięcia.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Obwinieni Mikołaj i Maryja S. wypierają się wszelkiéj winy. Mimo to oskarżyciel publiczny przypuszczał, że Anna D. zamordowaną została przez syna i synową w ich pomieszkaniu w wiliją znalezienia jéj wieczorem między godziną 6 a 7. W więzieniu Mikołaj S. usiłował namówić świadka, który go widział na miejscu o owéj godzinie, aby wstrzymał się od zeznania, a kartka jego przejęta zwiększyła jeszcze podejrzenie przeciw niemu istniejące.

Dnia 4 kwietnia odbyła się przeciw oskarżonym o zbrodnię morderstwa małżonkom S. rozprawa przed trybunałem przysięgłych, do któréj sąd zawezwał dwóch innych znawców, którzy zgodnie orzekli, że wedle protokołu obdukcyi można niemal z całą pewnością przyjąć jako przyczynę śmierci uduszenie, a to z powodu braku wszelkiéj innéj przyczyny śmierci. Trudno jednakowoż rozstrzygnąć, jakiego rodzaju było to uduszenie, gdyż nieboszczka mogła być albo poprzednio mechanicznie uduszoną i do studni nieżywa wrzuconą albo uduszenie mogło nastąpić wskutek utonięcia. Dwojaka bowiem zachodzi możność: 1) albo działała siła mechaniczna na szyję, ale nie palcem, chyba pięścią, albo jakim płaskim twardym przedmiotem, lecz w takim razie trudno powiedzieć, czem i jak; 2) albo nieboszczka upadła do studni, przyczem odniosła uszkodzenia na skroni i mogła przytem utłuc szczękę symetrycznie po obu stronach o wiadro. Tę kwestyję z opisu protokułu obdukcyi zwłok trudno rozstrzygnąć, chociaż protokół spisany jest dokładnie. Obrażenia, o których jest mowa w ustępie przedostatnim orzeczenia pp. obducentów, pp. znawcy uznali za lekkie uszkodzenie cielesne.

Z powodu sprzeczności, któréj sąd dopatrzył się w orzeczeniach pierwszych i drugich znawców, rozprawa została odroczoną, a akta przesłano Wydziałowi lekarskiemu z żądaniem wytłumaczenia sprzeczności tak co do przyczyny śmierci jako też co do jakości uszkodzenia.

Orzeczenie wydziału opiewało jak następuje:

1) Jakkolwiek w protokóle sekcyjnym niema dodatnich znamion uduszenia, to jednak drogą wykluczenia, zgodnie z pp. obducentami i znawcami przy rozprawie, dochodzi się do wniosku, że śmierć Anny nastąpiła z uduszenia.

Trudniejszą jest odpowiedź na pytanie: w jaki sposób uduszenie zostało? W danym przypadku śmierć nastąpić mogła albo skutkiem utonięcia albo też skutkiem ucisku wywartego na twarz i szyję.

Wobec braku charakterystycznych zmian wewnętrznych, za jednym lub drugim rodzajem uduszenia przemawiać mogących, wypada uwzględnić zmiany zewnętrzne oraz okoliczności poboczne.

Ze śmiercią z utonięcia przemawia tylko fakt znalezienia zwłok w studni; tem bardziéj zasługują na uwagę ślady obrażenia na zwłokach znalezione.

Pomijając ranę głowową (N. 9 prot. sekc.), która według wyniku śledztwa zadaną została Annie D. na kilka dni przed śmiercią, która zatem w rachubę nie wchodzi, a razem z nią odpada i wynaczynienie w jéj otoczeniu, pomijając następnie brak lewego skrzydła nosowego, po śmierci powstały, mamy następujące zmiany niewątpliwie za życia powstałe:

1) Wynaczynienie podspojówkowe na oku prawem (Nr. 3 prot.).

2) Wynaczynienie znaczne podskórne na skroni prawéj (Nr. 4 prot.).

3) Wynaczynienie podskórne na skroni lewéj (Nr. 5 prot.).

4) Wynaczynienie znaczne podskórne w okolicy kąta lewego żuchwy (Nr. 6 prot.).

5) Na żuchwie dwa symetryczne otarcia, połączone z lekkiem podbiegnięciem (Nr. 7).

Otarcie nad prawą połową krtani nie jest połączone z podbiegnięciem, mogło więc powstać dopiero po śmierci, ale przypuszczenie nie jest wykluczonem, że powstało za życia, a przypuszczenie to staje się tem prawdopodobniejszem, jeżeli uwzględnimy wynaczynienie krwi pod błoną śluzową krtani, które najprawdopodobniéj pozostaje w związku z otarciem zewnętrznem. Nacisk bowiem wywarty na krtań nie musi wywołać wynaczynienia podskórnego, a może natomiast wywołać wynaczynienia głębsze. Jeżeli tego związku nie przypuścimy, to podbiegnięcie wewnętrzne krtani, dość znaczne i wedle opisu (Nr. 14 prot.) całą krtań obejmujące, nie dałoby się łatwo wytłumaczyć.

Wobec wspomnianych właśnie zmian miejscowych, przemawiających za uciskiem zewnętrznym, wobec następnie okoliczności, że trudno przypuścić, aby symetryczne sińce, otarcia na skroniach i żuchwie, a tem mniéj otarcie zewnętrzne i podbiegnięcie wewnętrzne w krtani, powstać miały skutkiem wpadnięcia D. do studni, a to tem mniéj, o ile zwłoki leżały na wznak, — wypada oświadczyć się, że na twarz, na żuchwę i szyję jéj działał za życia ucisk zewnętrzny, który był zdolny wywołać jéj śmierć przez uduszenie.

Słusznem jest zdanie pp. znawców przy rozprawie obecnych, że w danym przypadku nie może być mowy o zadławieniu typowem, ponieważ rozpołożenie śladów na szyi nie jest takiem, jakiem bywa zazwyczaj w zadławieniu; nie wykluczają zaś pp. znawcy możności uciśnięcia szyi pięścią lub jakiemś narzędziem tępem, — i o tyle tylko zachodzi sprzeczność pomiędzy ich zdaniem a zdaniem obducentów; wszyscy atoli znawcy zgadzają się na to, że ucisk mógł być wywarty na szyję a Wydział Lekarski tego samego będąc zdania przywiązuje do ucisku tego większą wagę, jakkolwiek także sądzi, że on wywarty został nie końcem palców, jak zwykle, lecz dłonią, pięścią, lub innym przedmiotem twardym.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, że z największem podobieństwem do prawdy przypuścić należy, iż śmierć Anny D. nastąpiła z uduszenia wskutek ucisku wywołanego na szyję.

2) Pomijając okoliczność, że uszkodzenia opisane pod l. 3, 4, 5, 6, 9 prot. sekc., a przynajmniéj pierwsze cztery, najprawdobodobniéj pozostają w związku przyczynowym ze śmiercią Anny D., Wydział Lekarski obrażenia te same dla siebie, tak w szczególności jako razem wzięte, zgodnie ze znawcami drugimi, musiałby uznać za lekkie uszkodzenie cielesne.

Sprzeczność, dla któréj Sąd uznał za stosowne odroczyć rozprawę i zażądać orzeczenia Wydziału, w przypadku niniejszym była więcéj pozorną. Wszyscy znawcy zgodnie orzekli, że Anna D. umarła z uduszenia; tylko pp. obducenci zbyt stanowczo oświadczyli się za śmiercią z zadławienia, podczas gdy drudzy znawcy słusznie wskazując, że w danym razie nie ma dowodu, jakoby miało miejsce zadławienie typowe, nie wykluczyli atoli ucisku wywartego na szyję pięścią lub przedmiotem jakimś twardym, płaskim. Wydział zajął

stanowisko pośrednie, orzekając, że z największem prawdopodobieństwem śmierć Anny D. nastąpiła z uduszenia wskutek ucisku wywartego na szyję, nie wdając się w ocenienie sposobu, w jaki i czem ucisk ten nastąpił. Trudno bowiem było przypuścić, aby kobieta wpadłszy do studni, mogła ponieść kilka obrażeń w rozmaitych okolicach twarzy, zwłaszcza gdy ją znaleziono leżącą na wznak; ponieważ jednak możność ta absolutnie wykluczyć się nie dała, orzeczenie nie mogło być całkiem stanowczem. W ogóle w przypadkach śmierci z uduszenia tak liczne zachodzą wątpliwości, a tak mało zazwyczaj znajdujemy zmian charakterystycznych, że wskazaną jest ostrożność, zwłaszcza gdy się rozchodzi, jak w danym przypadku, o ocenienie, czy osoba uduszoną została przez osobę drugą, a następnie po śmierci rzuconą do wody, lub czy skoczyła lub wpadła do wody i w niéj zginęła.

III. Oceny i sprawozdania.

Anatomija patologiczna.

R. Thoma (Dorpat): **O tętniaku nowonarodzonych i dzieci.** U noworodków i dzieci zdarzają się trzy odrębne postacie tętniaka. Pierwsza postać *Aneurysma congenitum* rozwija się w okresie płodowym. Przypadek taki, który stanowił przeszkodę porodową, opisuje Fenomenow w Petersburgu; rozchodziło się o wielki tętniak tętnicy głównéj brzusznéj. Do téj kategoryi należy prawdopodobnie część wrzecionowatych rozszerzeń tętnic sznurka pępkowego i łożyska płodowego. Postać druga powstaje w następstwie posocznico-ropnicowych zakrzepów śródbrzusznéj części tętnic pępkowych i przewodu Botalla. Trzecia wreszcie postać rozwija się mechanicznie przez ciągnienie, jakie wywiera zanikający przewód Botalla na tętnicę główną i płucną, wśród współdziałania tych zmian położenia narządów klatki piersiowéj, które wytwarzają się w pierwszych latach po porodzie. Ta trzecia postać jest dotychczas zwykle opisana jako tętniak pozostałego przewodu Botalla. Tymczasem poucza dokładniejsze badanie, że w tych przypadkach przewód jest *ad minimum* skrócony tak, że się z sobą stykają ściany tętnicy głównéj i płucnéj. Otwarte połączenie między temi dwoma naczyniami nazawsze pozostaje, jest ono jednak bardzo wąskiem, gdyż w niem rozwija się pierścieniowaty fałd charakterystycznéj budowy, który Wittigk trafnie porównał z błoną bębenkową w środku przedziurawioną. Aorta jednak jest w okolicy przewodu Botalla znacznie rozszerzona i już w wczesnych latach życia dotknięta stwardnieniem tętnic. Równocześnie oddaje do ujścia przewodu Botalla lejkowato zwężający się wyrostek, który przedstawia tętniak powstały przez pociąganie ściany aorty, dotychczas jednak uważany jest za pozostały i tętniakowato rozszerzony przewód Botalla. Dokładne drobnowidowe badanie, jako też rozbiór dotychczas ogłoszonych przypadków, sprzeciwia się temu tłómaczeniu. Można wykazać, że ściana opisanego lejkowatego wyrostka aorty posiada budowę ściany tętnicy głównéj i, że wiązki przewodu kończą się w najbliższem sąsiedztwie wąskiego otworu komunikacyjnego, istniejącego między tętnicą główną a płucną. Rozchodzi się więc w téj trzeciéj postaci tętniaków, zdarzających się u dzieci o sprawę, którą lepiéj jest określić jako *Aneurysma tractionis aortae* w okolicy ujścia pozostałego przewodu Batalla. (*Wien. med. Blätter* 1889, Nr. 24).

Dr. Baschkopf.

Choroby wewnętrzne.

G. Sée podaje w podręczniku o chorobach serca jako najważniejsze następujące szczegóły o *Cardiaalgia* czyli *Pseudo-Angina pectoris*: 1. Nie istnieje *Pseudo-Angina*, lecz mamy kardijakalgiję bez zmian w sercu. 2. *Pseudo-Angina* w dnie, zatruciu wyskokowem, cukromoczu ma za przyczynę zmiany tętnic wieńcowych. 3. Z zatrucia powstała *Pseudo-Angina*, wytwarzająca się po nadużywaniu tytoniu, zabija niekiedy także wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych, albo pomimo jej cechy zatrucia ogólnego, występuje przecież niekiedy z objawami zwykłéj kardijakalgii. 4. T. z. nerwowe dusznice nie mają najmniejszéj analogii do dusznic wskutek zmian tętnic wieńcowych i można je łatwo rozpoznać jako kardijakalgije (kardijakalgija oznacza według S. ból sercowy i nie należy jej zamieniać z bolesną, gwałtowną gastralgiją). W kardijakalgii występują boleści w okolicy sercowéj, szczególnie przy jego podstawie, rzadziéj przy jego koniuszku, rozpromieniające się stąd najczęściéj do lewego splotu ramieniowego, a łączące się zwykle z uczuciem trwogi, niepokojem lub uczuciem sznurowania w piersi, — trzy objawy, które uważamy za cechujące dla prawdziwéj dusznicy bolesnéj lub dusznicy rzekoméj. 5. Naczynio-ruchowe dusznice należą również do objawów towarzyszących kardijakalgii. 6. Od żołądka zawisłe objawy płucne i sercowe pochodzą od rozszerzenia serca. 7. Chorobowe współdziałanie trzech gałęzi nerwu błędnego jest fizyjologicznem urojeniem. 8. *Cardiacalgia vago-phrenica* Petera i niemieckich autorów potrzebuje nowego i dokładnego badania. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Garnier podaje następujące wyniki spostrzeżeń **„o sulfonalu, jego użyciu jako środka nasennego u umysłowo chorych“:** 1. Sulfonal jest bardzo cennym środkiem nasennym dla umysłowo chorych; bezsenność można było prawie u wszystkich chorych usunąć za pomocą dawki 2—5 gramów. 2. Okazał się on skutecznym w wszystkich tych przypadkach, w których paraldehyd, uretan, chloral nie działały. 3. Brak smaku i woni tego środka ułatwiają jego użycie u umysłowo chorych, tem bardziéj, że nie wywiera widocznego wpływu na oddechanie, krążenie i trawienie. 4. Ze względu na trawienie należy zauważyć, że na 100 przypadków w 5·5% występowały wymioty i na 100 chorych w 17·7% lekka biegunka; objawy te stanowią przeciwwskazanie do używania sulfonalu. 5. Użyciu jego niekiedy towarzyszy zawrót głowy, chód chwiejny, jak w upojeniu i należy środka tego unikać, jeżeli istnieją objawy przekrwienia. 6. Moczopędne działanie sulfonalu wystąpiło w 17·7:100 i zasługuje na uwzględnienie. 7. Uspakajające działanie za dnia nie występuje po jednorazowéj wielkiéj dawce, często jednak senność, któréj należy unikać przez zmniejszenie dawki. 8. Jeżeli podawano sulfonal z przerwą jednego dnia, występował w połowie przypadków w nocach pośrednich względny spokój. 9. U osób nie chorych umysłowo występował po użyciu sulfonalu sen o prawidłowem trwaniu i głębokości; objawy uboczne są bez znaczenia. 10. U kobiet działa sulfonal szybciéj, niż u mężczyzn. U wszystkich chorych występowało działanie nasenne, jeżeli go podano w jednorazowéj wielkiéj dawce; *in dosi refracta* skutek był mierny. (*D. m. W.* 1889). *Dr. Baschkopf.*

Mendel i Eulenburg (Berlin): **Wyniki leczenia uwiądu i innych przewlekłych chorób nerwowych za pomocą wieszania.** W poliklinice proff. M. i E. leczono przez 3 miesiące 40-tu chorych (31 mężczyzn, 9 kobiet), z wykluczeniem każdego innego leczenia, za pomocą wieszania, które powtarzano 3 razy tygodniowo, a po przyzwyczajeniu się i w odpowiednich przypadkach nawet codziennie i bez szkody. Czas trwania wynosił jednę minutę, u wrażliwych $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ min., podwyższając o $^{1}/_{2}$ minuty dochodzono do trzech, a nawet 4-ech minut. Na 40 przypadków było 34 razy uwiąd rdzenia pacierzowego, po razie rozlane stwardnienie, przewlekłe zapalenie rdzenia, nerwica urazowa, 3 razy drżączka. W nerwicach i zapaleniu rdzenia nie osiągnęli żadnego wyniku, *Sclerosis disseminata* uległa po 16-tu zawieszeniach poprawie, tak samo w *Paralysis agitans* poprawiło się napięcie mięśniowe ręki, chód stał się łatwiejszym, lecz drżenie pozostało niezmienionem. Przypadki uwiądu były prawie wszystkie zadawnione i ciężkie, już przez dłuższy czas gdzieindziéj, szczególnie elektrycznością leczone. Z tych 5-ciu chorych usunęło się od leczenia, 6-ciu doznało polepszenia, dwóch wypuszczono jako wyleczonych. Z pozostałych 21 chorych 4—5 doznało znacznéj, 10—12-stu miernéj, a 5-ciu żadnéj poprawy. Polepszenie tyczyło się tylko objawów i było bardzo nierówno na poszczególne objawy wiądu, nawet podstawowe, rozdzielone. Na właściwe patognomoniczne objawy (zwężenie źrenic, objaw Westfala, Robertsona) leczenie nie wywarło wpływu. Najczęściéj poprawiał się sen i ogólny stan, potem objaw Romberga, zboczenie pęcherza i boleści żołądkowe. Autorowie nie chcą jeszcze wyrzec ostatecznego sądu o wartości sposobu, tyle jednak mogą już obecnie twierdzić, że nie jest on całkiem bez wartości i w po-

równaniu z innemi zabiegami lecznicz. stosowanemi przeciw wiądowi, posiada przed niemi pierwszeństwo. (*Neur. Centr.* Nr. 11).

Antifebryn przeciw zapaleniu gardła. Sahli w Bernie zażył w drugim dniu trwania gwałtownéj *Angina tonsillaris* 0·5 antifebrynu i już po kwadransie ustąpił zupełnie ból głowy, utrudnienie połykania i żucia. Zażywając 3 razy dziennie po 0·5, usuwał zawsze wracające dolegliwości. Daléj okazał się ten środek skutecznym w 12 przypadkach zwykłego zapalenia gardła i w jednym przypadku błonicy płonicowéj, na którą S. później zapadł. Przedewszystkiem usuwa ból przy poruszaniu szyi, przez co ułatwia dzieciom płukanie i przyjmowanie pokarmów. S. podaje środek ten jako mięszankę z wyskokiem i syrupem, co i dzieciom jest prrzyjemne i nigdy nie widział mimo wszechstronnego używania antifebrynu nieprzyjemnych objawów ubocznych, a antipyrynu już wcale nie podaje z powodu jego nieobliczonego sposobu działania. (*Schw. Corresp.-Blätter* Nr. 12).

Leczenie krztuśca kwasomiodem ckliwiczym (*Oxymel Scillae*) sprowadza według Schnirera szybkie zmniejszenie się liczby i natężenia napadów; na trwanie choroby jest bez wpływu. Podaje go w następujący sposób: gdy dziecko popołudniu między 3-cią a 4-tą coś spożyło, dostaje między 4-tą a 5-tą co 10 minut łyżeczkę kawową leku. W ciągu 2 dni dochodzi do 20 grm. bez szkodliwego działania ubocznego; po antipyrynie nie widział żadnego skutku. (*Arch. f. Kind.* tom X).

Przeciw potom nocnym suchotników poleca Rosenbach przykładanie pęcherza lodowego na brzuch na kilka godzin w ciągu nocy. Chorzy dobrze znoszą ten środek, który często przewyższa atropin i inne leki. (*Schw. Corr.-Bl.* Nr. 12).

Do **spędzenia tasiemców** poleca Persh: *Rp. Ol. Croton. gtts. 1, Chloroform. 4·0, Glycerini 40·0 S.* Rano na czczo na raz wyżyć. (*L'Union med.* Nr. 120, 1888). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

L. Bianchi: **Patogeneza wiądu rdzenia pacierzowego z szczególnem uwzględnieniem kiły.** — H. Neumann: **Przyczynek do nauki o stosunku wiądu rdzenia p. do kiły.** — Naegeli: **O stosunku kiły do wiądu rdzenia.**

Bianchi czyni na podstawie długiego szeregu spostrzeganych przypadków wiądu wniosek, że kiła stanowi tylko pośrednią przyczynę tej choroby, a to szczególnie wtedy, jeżeli chorzy obciążeni są dziedzicznie osłabieniem nerwów.

Neumann w Berlinie znalazł między 861 chorymi, należącymi po największéj części do klasy roboczéj 147, więc 17·2%, którzy podawali, że cierpieli kiłę albo wrzód miękki; między tymi znowu było 76, więc 8·8%, u których na pewne albo z wielkiem prawdopodobieństwem istniała kiła wtórorzędna. Wśród 861 chorych było 17 tabetyków = 2%, wśród 147 zarażonych wrzodem miękkim lub twardym 12 tabetyków = 8·2%, wśród 76 na pewne syfilistycznych było 9 przypadkków uwiądu = 11·8%. Wśród 20 przypadków wiądu rdzenia p. (do wyżéj wspomnianych 17-tu dolicza trzy przypadki, będące po za okresem objętym statystyką szpitala Moabit w Berlinie) było dotkniętych szankrem 13-tu = 65%, z tych 10-ciu było na pewne syfilistycznych, więc wypada 50% kiły w wiądzie rdzenia pacierzowego.

Naegeli w Berlinie znalazł na 46 ciu tabetyków z praktyki prof. Bernhardta 60% kiłowych. Na 1403 dotąd ogłoszonych przypadków wiądu znalazł 46·1% na pewne kiłą zarażonych, a 14·5% o kiłę podejrzanych, czyli razem 60·6%. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Charcot (Paryż): **O leczeniu za pomocą poddawania.**

Na kwestyję leczenia przez poddawanie, a w szczególe przez poddawanie hypnotyczne, należy zapatrywać się z różnych punktów widzenia. I tak: jeżeli rozchodzi się o porażenia psychiczne, przy powstawaniu których wyobraźnia wielką rolę odgrywa, to jest jasnem, żo wszystko, co wpływa na siłę wyobraźni, może na nie wybitnie działać. Porażenia te możemy sztucznie w hypnozie sprowadzić i dla tego spodziewano się je przy pomocy hypnozy usunąć. Tak było w teoryi, w rzeczywistości jednak przekonano się, że nie we wszystkich przypadkach porażenia psychicznego działa leczenie przez poddawanie tak skutecznie, jak się spodziewano. Doświadczenia z początku przez Ch. w Salpêtrière podjęte wywarły na nim wrażenie, że nie ma nic łatwiejszego, jak na drodze hypnotyzmu usunąć pewnie i natychmiast różnorodne objawy histeryczne, jak przykurczenia, porażenia, nerwobóle i t. d., wkrótce jednak badanie macinnicy u mężczyzn zadało owym urojeniom cios śmiertelny. Ch. przekonał się, że można wielką liczbę histerycznych kobiet wprowadzić w hypnozę i w niéj uwolnić je od przypadkowych przypadów; u mężczyzn zaś macinniczych jest w największéj liczbie przypadków nadzwyczaj trudnem wywołać hypnozę, a co ważniejsza, jest ona niebezpieczną i najczęściéj bezskuteczną; niebezpieczną, gdyż widział po niéj napady drgawkowe, bezskuteczną, gdyż histeryja męska jest nadzwyczaj uporczywą, stawiającą opór wszelkim zabiegom leczniczym. Co się tyczy chorób organicznych układu nerwowego i kilku innych chorób, jak padaczki, drżączki (*Paralysis agitans*) czyli t. z. nerwic, to już teoretycznie wpływ leczenia przez poddawanie jest bardzo mało prawdopodobnym. Reasumując twierdzi Ch., że leczenie przez poddawanie może wprawdzie w nielicznych chorobach organicznych układu nerwowego sprowadzić pewne polepszenie, lecz musimy to kłaść na karb czystego przypadku i że nie można mówić o wyniesieniu tego leczenia do wysokości metody leczniczéj. Wprawdzie można w objawach macinniczych u kobiet i u osób, które łatwo popadają w hypnozę, zwłaszcza w okresie somnabulicznym, osiągnąć dobre wyniki, lecz w histeryi u mężczyzn wskazana jest wielka ostrożność i wstrzymywanie się od obstawania przy metodzie, która nie tylko nie jest dobrą we wszystkich przypadkach, lecz przeciwnie może sprowadzić przypady, nieprzyjemne tak dla chorego, jak i dla lekarza. Z poddawaniem hypnotycznem ma się rzecz tak samo, jak z wszystkiemi innemi sposobami leczenia. Ma ono wskazania i przeciwskazania, i jeżeli się od niego nie żąda więcéj, niż jest w stanie zdziałać, może nawet korzyść przynieść, w przeciwnym razie może stąd wyniknąć szkoda i zamięszanie nie tylko dla rzeczy saméj, ale i dla tych, którzy postępowaniem tem posługują się bez krytyki (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

E. Cohn (Berlin): **Wyniki leczenia przepuklin zgorzelinowych.**

C. opisuje z oddziału chirurgicznego Hahna 47 przypadków przepuklin zgorzelinowych, z których 26 leczono przez założenie odbytu nieprawidłowego, 5 przypadków przez wykonanie pierwotnego szwu jelitowego, zaś resztę 16 przypadków leczono w inny sposób. Opierając się na tym materyjale, podaje C. następujące wyniki: 1. Większa liczba chorych, u których założono odbyt nieprawidłowy, zginęła z wyniszczenia. 2. Leczenie przez zakładanie zaciskadeł jest w największéj liczbie przypadków nieskutecznem; prędzéj jeszcze następuje dobrowolne zamknięcie. 3. Wobec zgorzeli jelita dobre usługi oddaje szew jelitowy przy ustaleniu jelita w linii środkowéj. 4. Jeżeli rozpoznanie, czy mamy do czynienia z gorzelą jelit, jest niepewnem, w takim razie zaleca się przyłożenie jelita do bramy przepuklinowéj z równoczesnem pokryciem za pomocą gazy jodoformowéj. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne i weneryczne.

Palmer: **Przyczynek do statystyki chorób wenerycznych.**

Z 1593 przypadków, leczonych w miejskich szpitalach w Bostonie, było wrzodów twardych 391, miękkich 219, wątpliwych 931, a 52 *Herpes progenitalis*, więc stosunek wrzodów miękkich do innych spraw chorobowych jak 1:4, podczas gdy w praktyce prywatnéj stosunek ten był jak 1:10. Arthur zestawił z praktyki wojskowo-lekarskiéj podczas 10 lat między 33.000 spostrzeżeń 41 przypadków powstawania wrzodu pierwotnego na drodze pośredniéj. W 12 przypadkach wrzodu na wargach ust przyjmuje bezpośrednie przeszczepienie z sromu. Daléj roztrząsa ważne pytanie Fournier'a: Czy ojciec może zarazić dziecko, nie udzielając matce choroby i zastanawia się daléj nad stosunkiem kiły do zawierania związków małżeńskich. (*Viertelj. f. Derm. u. Syphilis* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Leczenie brodawek, szczególnie t. z. *„verrucae aggregatae."*

Altschul poleca przeciw temu bardzo uporczywemu cierpieniu podaną przez Unnę maść, składającą się z szaruchy,

z dodatkiem 5—10% arszeniku. Maść tę smaruje się na muślin i przytwierdza się do brodawek za pomocą opaski; w końcu stosuje się pędzlowanie płynną smolą. Zatrucia nie należy się obawiać, jeżeli natychmiast usuniemy maść, skoro tylko po wstają przeczosy. (*Schweiz. Corr.-Bl.*). *Dr. Baschkopf.*

Watraszewski. **O leczeniu kiły wstrzykiwaniami nierozpuszczalnych soli rtęciowych.**

W. doświadczał szeregu rozmaitych nierozpuszczalnych soli rtęciowych. Przy równéj ilości wstrzykniętego środka działanie jego stoi w prostym stosunku do odsetka rtęci w nim zawartéj. Wstrzykiwania kalomelowe mają bezwarunkowo największą skłonność do tworzenia ropni. Największą zawartość rtęci posiadają tlenki, dla tego tych połączeń wystarczają względnie najmniejsze ilości. Szczególnie zadowolonym był W. z żółtego tlenku rtęciowego, którego wstrzykiwano 4—6 razy po 0·04—0·06 w przerwach tygodniowych, w większéj połowie przypadków tak świeżéj jak i późnéj kiły okazało się to leczenie wystarczającem. Podczas wstrzykiwań mięśnie pośladkowe powinny być zupełnie wiotkie, płyn wstrzyknięty powinien posiadać mniéj lub więcéj ciepłotę ciała; po wstrzyknięciu należy przez ucisk na miejsce wkłucia przeszkodzić dostaniu się płynu do kanału wkłucia i należy starać się o rozdzielenie leku przez ruchy rotacyjne przyłożoną ręką, a nie przez ugniatanie lub masowanie. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888 zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Dwutlenek dwuwodu przeciw rzeżączce poleca Donald w następującéj postaci: *Rp. Solut. Hydrogen. peroxydat* (10/%) 30·0, *Aq. dest.* 30·0, *Sublimat* 0·035 S. 3 razy dziennie wstrzyknięcie. Podczas wstrzykiwania poleca ugniatać cewkę celem lepszego rozdzielenia rozczynu; po 2—3 dniach jest chory wyleczony. Wewętrznie podaje jako środek wzmacniający *Tinct. ferr. chlorat.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 10.134 **Rozporządzenie**

c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 1 lipca 1889, odnoszące się do siódmego wydania austryjackiéj farmakopei, obowiązujące we wszystkich królestwach i krajach w Radzie Państwa reprezentowanych.

Z powodu nowego wydania austryjackiego lekospisu pod tytułem: „*Pharmacopea austriaca. Editio septima. Viennae C. R. Aulae et Imperii Typographia* 1889“ zarządza się:

Od 1 stycznia 1890 mają być leki we wszystkich publicznych i domowych aptekach wydawane według przepisów téj nowéj farmakopei.

Wszyscy aptekarze mają poczynić przeto ku temu celowi potrzebne przygotowania i zaopatrzyć się w jeden egzemplarz nowéj farmakopei.

Również ma się znajdować jeden egzemplarz w każdéj domowéj aptece lekarza lub chirurga.

Wszyscy urzędnicy zdrowia, wolno praktykujący lekarze, chirurdzy, weterynarze i aptekarze winni dokładnie obznajomić się z treścią téj nowéj farmakopei i do niéj w zupełności się stósować.

Rozporządzenie to mają władze polityczne w odpowiedni sposób podać do wiadomości służby zdrowotnéj i aptekarzy.

Poprzedzające farmakopeę rozporządzenia umieszczone tamże w języku łacińskim „*Normae et regulae generales*“, które się niniejszem do powszechnego stósowania się ogłasza, brzmią jak następuje:

Ogólne postanowienia i zasady. § 1. Leki objęte farmakopeą powinny być w aptekach w takiéj jakości w zapasie utrzymywane i wydawane, ażeby w zupełności odpowiadały wymogom farmakopei.

Ze względu na mniejszy odbyt w aptekach prowincyjonalnych upoważnia się krajowe władze polityczne do zestawienia w osobnym wykazie i ogłoszenia tych artykułów farmakopei. które w aptekach prowincyjonalnych (*Landapotheken*) obowiązkowo każdego czasu w zapasie muszą być utrzymywane.

§ 2. Przetwory lekarskie, których sposób wytwarzania podany jest w farmakopei, powinny być ściśle według tego przepisu przyrządzane i wydawane.

§ 3. Leki farmakopeą nie objęte, lecz czasem przez lekarzy stósowane i z tej przyczyny w aptekach w zapasie utrzymywane, muszą również najlepszéj być jakości, niefałszowane i wolne od wszelkich zanieczyszczeń.

Te leki nieobowiązkowe winny być z taką samą starannością przechowywane i wydawane, jak podobne im co do skuteczności leki farmakopeą objęte.

Tego rodzaju leki, zarówno pojedyncze, jak i przetwory tychże (*Arzneibereitungen*), które jako nowe środki w celach leczniczych bywają stósowane, a których działanie jeszcze nie jest pewnem, ani też doświadczeniem klinicznem należycie wypróbowanem, mogą być wydawane jedynie na lekarza przepis do praktyki uprawnionego.

§ 4. Dodaną do farmakopei tablicą IV objęte są leki, które mają być wydawane tylko na przepis uprawnionego lekarza, chirurga lub weterynarza.

Leki te, które dotychczas oznaczone były krzyżykiem (†), uwidocznione są w farmakopei drukiem w oczy wpadającym.

§ 5. W tablicy III farmakopei poszczególnione leki mogą być tylko na przepis lekarza, w dawce zaś przekraczającéj największą podaną w téj tablicy tylko pod tym warunkiem wydanemi, jeżeli lekarz obok ilości przepisanéj dodał wykrzyknik (!).

§ 6. Jeżeli przepis lekarza zawiera bez bliższego określenia lek, który w aptekach utrzymywany bywa tak w stanie surowym jak i oczyszczonym, albo rektyfikowanym, natenczas zawsze lek oczyszczany lub rektyfikowany należy wydawać.

Jeżeli nie podano w przepisie lekarskim stopnia zgęszczenia leku, którego różne stopnie zgęszczenia czyli mocy bywają rozróżniane, wówczas należy zawsze wydawać formę leku łagodniéj działającą i rozcieńczoną.

§ 7. Leki wyszczególnione w tablicy I przechowywać należy w szafce zamkniętéj, leki zaś objęte tabicą II w odosobnieniu od innych leków.

§ 8. Cały aparat z odczynnikami musi być zawsze i to w dobrym stanie utrzymywany.

§ 9. Do oznaczenia ciepłoty używać należy stustopniowego ciepłomierza Celsiusa.

§ 10. Podane w farmakopei ciężary gatunkowe oznaczane być mają w ciepłocie 15° C.

§ 11. W celu niesienia pomocy chirurgicznéj i przeciw gnilnego leczenia ran, w każdéj aptece muszą się znajdować następujące środki w zapasie: katgut, opaski kalikotowe, jedwab nakarbolowany, muślin nakarbolowany, muślin najodoformowany, muślin zwany „hydrophile“, wata Brunsa, papier gutaperchowy, batyst Billrotha, dreny nakarbolowane.

§ 12. Ponieważ wiele leków objętych nową farmakopeą różni się znacznie od leków dawniejszego spisu, przeto obowiązkiem jest lekarzy praktykujących, chirurgów i weterynarzy obeznać się szczególnie z temi lekami, które albo co do siły, albo co do składu swego zostały zmienione.

Najważniejsze zmiany podane są w przedmowie do nowéj farmakopei. *Taafe* m. p.

Meinert (Drezno). **Badania nad wpływem ciepłoty powietrza na śmiertelność dzieci z powodu biegunki.**

M. wykazał, że podwyższona ciepłota powietrza powiększa tak liczbę chorób jak i przypadków śmierci, że ciśnienie atmosferyczne i wilgoć powietrza, opady deszczowe i kierunek wiatru mniejszy mają wpływ. Wysokie stopnie ciepłoty przy silnym wietrze nie są stosunkowo niebezpieczne, podczas gdy miernie wysoka ciepłota przy braku wiatrów znacznie powiększa liczbę przypadków zapadnięcia i śmierci; im gorętsze i spokojniejsze powietrze, tem szybszy przebieg choroby. Przy jednakim charakterze pogody jest śmiertelność w końcu epidemii wyższą niż z początku. M. wciągnął w zakres swych badań także stosunki mieszkania i przekonał się, że śmiertelność wskutek biegunki letniéj przydarza się tylko w takich mieszkaniach, w których pod wpływem podwyższonéj ciepłoty zewnętrznéj rozwinęła się jeszcze wyższa ciepłota w mieszkaniu przy równocześnie utrudnionem naturalnem przewietrzaniu. Najwyższą była śmiertelność na parterze i pierwszem piętrze, najniższą w piwnicach. Gęstość zamieszkania tylko wtedy okazała się czynnikiem powiększającym śmiertelność, jeżeli wietrzenie było niedostateczne. Podczas gdy śmiertelność u dzieci nieślubnych była mniejszą niż ślubnych, istniała znaczna różnica między dziećmi naturalnie i sztucznie żywionemi. Najważniejszą okazywała się zawsze wentylacyja, gdyż mieszkania z niedostatecznem wietrzeniem stanowią silną przeszkodę dla skutecznego

działania ciepło regulującego narządu ustroju ludzkiego; w takich mieszkaniach podwyższenia ciepłoty przydarzały się bardzo często. M. uważa za najważniejsze rozstrzygnięcie, czy w gorączkowym okresie zwiastunowym złośliwéj dziecięcéj biegunki letniéj rozchodzi się tylko o zatrzymanie ciepła, czy też zaraz z początku mamy do czynienia z gorączką choroby zakaźnéj, któréj pobudki tylko tam rozwijać się mogą, lub przybierać cechę chorobotwórczą, gdzie gromadzą się niebezpieczeństwa mieszkania i odżywiania, któreśmy poznali jako usposabiający warunek do choroby dziecięcéj. (*W. m. Woch.* 1889, Nr. 25).

Dr. Baschkopf.

O ludności kuli ziemskiéj. Czasopismo *Science pour tous* podaje następujące statystyczne liczby: w obecnym czasie, na obszarze kuli ziemskiéj, mówią ludzie 3064 językami, wyznają 1000 religij. Liczba mężczyzn równa się liczbie kobiet. Przeciętnie wiek ludzki nie przekracza 38 lat; niemal 25% ludzi umiera przed końcem 17 roku życia. Na 100 osób obojéj płci jedna dożywa 100 lat, a 6 do 7 dosięga 60 lat. Ogólna liczba ludzi na ziemi wynosi 1,200,000,000, z których corocznie śmierć pochłania do 35,214,000 osób, t. j. 98,848 dziennie, 4020 na godzinę i 67 na minutę. Liczba urodzin wynosi rocznie 36,792,000, t. j. na dzień 100,800, na godzinę 4200, na minutę 70, zkąd wynika, że ilość ludzi na ziemi powolnie lecz stale zwiększa się. Ludzie żonaci dłużéj żyją od nieżonatych, pracujący dłużéj od bezczynnych, a przeciętny wiek narodów oświeconych jest wyższy aniżeli narodów dzikich. Słuszni dłużéj żyją od małych. Kobiety do lat 50 więcéj mają widoków dożycia wieku sędziwego, aniżeli mężczyźni, lecz powyżéj lat 50 widoki przeważają na stronę mężczyzn. Liczba mężczyzn żonatych i dzietnych tak ma się do nieżonatych i bezdzietnych, jak 73 : 1000. Urodzeni wiosną są silniejsi od urodzonych w innych porach roku. Tylko czwarta część mężczyzn dochodzi do takiego wzrostu, że może nosić broń i pełnić służbę wojskową. *Dr. A. Kw.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 5 września. W zeszły piątek odbyło się w parku Dra Jordana zamknięcie sezonu ćwiczeń gimnastycznych. Snać nieufny do nowatorstwa umysł mieszkańców Krakowa uległ w ostatnich czasach szczęśliwemu przeobrażeniu, a Dr. Jordan ugodził w sedno najrzeczywistszych potrzeb naszych, skoro na pierwszą wiadomość o publicznym popisie dziatwy krakowskiéj, pospieszył bez przesady cały Kraków na błonie. Kto widział te dzieci przed kilkoma miesiącami wątłe, niezgrabne, w ruchach gnuśne i leniwe, a dziś tak odważne, energiczne i zręczne, ten uzna z jednéj strony wartość metody ćwiczeń, dającéj tak pomyślne wyniki, a z drugiéj oceni wysoką doniosłość instytucyi Dra Jordana na drodze naszego fizycznego odrodzenia się. Znając szczere zamiary szlachetnego filantropa, życzymy mu najdaléj sięgających powodzeń w jego ofiarnéj pracy.

Do niemniéj szczęśliwych wyników doszło w tym roku Towarz. kolonij wakacyjnych: zanim sprawozdanie Towarz. liczbami udowodni pomyślny wpływ pobytu na wsi dzieci krakowskich, dziś już możemy powiedzieć, że obok zdumiewającéj w tak krótkim czasie poprawy odżywienia, stale spostrzegać się daje sklęśnięcie przerosłych gruczołów chłonnych i obrzęku śledziony.

W końcu jeśli dodamy, że korpusy wakacyjne pod kierunkiem światłych i świadomych celu przełożonych, przebiegały podczas wakacyj urocze okolice Krakowa, to wyznać musimy, że w Krakowie wiele się robi dla zdrowia publicznego, że dawne „to dobre dla niemców, ale nie dla nas“ zamilkło, a indywidualna ofiarność i społeczna inicyjatywa samopomocy swobodnie i skutecznie wykonują dzieło miłosierdzia i patryjotyzmu.

* Profesor Cybulski, bawiący obecnie w Paryżu, przyjmuje udział w kongresie międzynarodowym dentystów, który obraduje nad zebraniem materyjałów względem urządzenia instytutów dentystycznych w Europie i Ameryce. Materyjały te zamierza prof. Cybulski przedłożyć Wydziałowi lekarskiemu Uniwersytetu Jagiellońskiego, z wnioskiem urządzenia przy wydziale tutejszym instytutu dentystycznego.

* Dr. Bujwid w odczycie mianym w kongresie hygienicznym w Paryżu oświadczył, że dzięki dokładności piaskowego filtra, warszawska woda wodociągowa (z Wisły) zawiera zaledwo 5 do 30 bakteryj na 1 cent. sześcienny.

* Do d. 26 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Krynicy 3995, w Żegiestowie 705, w Cieplicach czeskich 6119.

* **Warszawa.** Prof. Dr. J. Kosiński, który w bieżącym roku dosięgnął lat emerytalnych, pozostaje na następne pięciolecie w Uniwersytecie warszawskim (Tygodnik ilustrowany).

* **Petersburg.** Rosyjski lekarski departament ministerstwa wojny zarządził, ażeby każdy korpus armii posiadał ruchomą pracownię chemii toksykologicznéj i bakteryjologiczną, a to w celu rozbierania wszystkich produktów pożywczych dostawianych wojsku.

* W Courtrai odsłonięto pomnik Palynowi, anatomowi XVIII wieku (1650—1730), profesorowi w Gandawie. Posąg, przedstawiający Palyna, trzyma żelazną rękę jego pomysłu, która z biegiem lat, postępu i przystosowania przeobraziła się w dzisiejsze kleszcze położnicze.

* Cholera na dobre grasuje w Turcyi azyjatyckiéj; stwierdzoną ona już została w Bassorah, zkąd drogą morską przez Suez może rozszerzyć się na przystanie morza śródziemnego.

* **Paryż.** Udział polskich uczonych w obecnie odbywających się kongresach naukowych w Paryżu jest nieznaczny; w kongresie hygienicznym wzięli udział Doktorowie: Lubelski, Złotnicki i Bujwid; w kongresie hypnotycznym uczestniczył Dr. Kożuchowski z kaliskiego; w kongresie psychologii fizyjologicznéj Dr. Babiński (z Paryża) i Dr. Ochorowicz. W kongresie antropologii kryminalnéj nie byliśmy zgoła reprezentowani, natomiast w kongresie ludoznawstwa uczestniczyli: pp. Żmigrodzki i Krzywicki; w kongresie antropologii i archeologii przedhistorycznéj wzięli udział: pp. Pawiński, Żmigrodzki i B. Popowski z Kijowa, a prócz tych byli wpisani: Włodz. hr. Dzieduszycki, K. Jelski i prof. Dr. Kopernicki; w kongresie głuchoniemych i ociemniałych uczestniczyli: Jerzy ks. Czartoryski i W. Nowicki z Warszawy; w kongresie oftalmologicznym wybitny wzięli udział Drowie: Wicherkiewicz, Gałęzowski i Górecki; wreszcie w kongresie dentystycznym prof. Dr. Cybulski.

* W Paryżu odbył się V kongres przeciwników szczepienia, oraz międzynarodowy kongres homeopatów; nie bez goryczy wspomina *Le Progrès médical*, że w tym ostatnim wziął udział prof. Lambroso, tyle zasłużony na polu kryminalistyki i medycyny sądowéj, oraz Dr. Roth z Londynu, przewodniczący na jednem z posiedzeń niedawno odbytego kongresu hygienicznego.

* **Wiadomości osobowe:** Lekarzami krakowskiéj kasy chorych rzemieślników mianowani zostali Drowie: Cholewicz Franciszek, Kramarzyński Karol i Lustgarten Ludwik.

* **Nekrologija.** W Lipsku umarł w 75 r. życia Dr. Benijamin Rosenblum, autor wielu dzieł popularno-lekarskich. Zmarły praktykował w Warszawie, następnie przed dwudziestu laty przeniósł się do Petersburga, gdzie sprawował urząd lekarza przy ministerstwie dworu cesarskiego. Niektóre jego prace zostały przełożone z języka polskiego na rosyjski. W Dorpacie umarł b. profesor anatomii patologicznéj Dr. Boetticher.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 8: Dra Birona: Leczenie ostrego i chronicznego tryprą. — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 8: Sport a gimnastyka. Ćwiczenia na poręczach (c. d.) Ćwiczenia na kółkach w miejscu. — W *Zdrowiu* Nr. 47: Dra Tchórznickiego: Dyfteryt i kwarantanny. Dra Bujwida: Rys zasad bakteryjologii w zastosowaniu do zdrowotności (c. d.). Dra Rauma: Obecny stan wiadomości naszych o wpływie światła na bakteryje i na ustrój zwierzęcy. Korespondencyje: z Krakowa i z Nieuport les Bains. Odcinek: Kilka uwag w sprawie nadmiaru lekarzy u nas, przez Dra Sawickiego: — W *Przewodniku Higijenicznym* Nr. 5: J. Chmielewskiego: Nieco z hygijeny szkolnéj; J.: Wpływ gimnastyki na rozwój ciała; J.: Kilka uwag o przyczynach ślepoty. — W *Medycynie* Nr. 35: Dra K. Szadka: Stosowanie potasu sozojodolowego przy leczeniu wrzodów wenerycznych miękkich. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Dra C. Nenckiego: Metymerkaptan nowo otrzymany gaz z kiszek ludzkich. Dra Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. Dra W. Wróblewskiego: Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardzieli.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale.

W zastępstwie redaktora: Dr. A. Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 14 Września 1889. Nr. 37.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O doszczętnem leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego za pomocą prostatektomii.

Podał

prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Leczenie przerostu gruczołu krokowego i następstw stąd wynikających ograniczało się do niedawna do zabiegów czysto przypadowych, polegało ono bowiem jedynie na oczyszczaniu wnętrza pęcherza, zapobieganiu gromadzenia się większych zapasów moczu, odprowadzaniu zatrzymanego moczu, regulowaniu dyjety i t. p. środkach, które ani właściwéj choroby, ani nawet głównego jéj przypadu, n. p. zatrzymania moczu, nie były w stanie doszczętnie usunąć.

Wprawdzie pojawiały się od czasu do czasu próby takiego doszczętnego leczenia, lecz one nie zdołały sobie wyrobić rozgłosu i wzięcia ani między lekarzami ani też u osób tą chorobą dotkniętych tak, że po krótszym lub dłuższym czasie popadały w zapomnienie. Do tych prób należały przedewszystkiem obydwie metody podane przez Merciera, z których pierwsza polegała na rozcięciu przerosłego środkowego płatu za pomocą narzędzia umyślnie w tym celu podanego (*secateur*), a druga na wycięciu zastawki pęcherzowéj przez tenże płat wytworzonéj. Gdy obydwie operacyje odbywały się śródpęcherzowo, a więc po omacku i za pomocą narzędzi skomplikowanych, nie dziwota przeto, że żaden z naśladowców Merciera nie znalazł tych metod tak dobremi, jak on sam.

Nie lepszego losu doznała propozycyja Heinego, aby za pomocą śródmiąższowych wstrzykiwań nastoju jodowego wpłynąć na zanik przerosłego gruczołu.

W ostatnich czasach podniesiono znów dawne aspiracyje Merciera, t. j., aby znieść płat srodkowy i tym sposobem utorować lepszą drogę dla zatrzymującego się w pęcherzu z tego powodu moczu. I to prawie równocześnie z dwóch stron wyszły takie propozycyje: jednéj autorem jest Bottini, który narzędziem przez siebie podanem również śródpęcherzowo, jak jego poprzednik, lecz za to bezkrwawo, bo galwanokaustycznie, niszczy przerosły płat środkowy gruczołu krokowego i tym sposobem przywraca pacyjentom utraconą możność dobrowolnego oddawania moczu. Zarzut, który spotkał pierwotny jego przyrząd a mianowicie, że tenże w całości się rozgrzewa i w niektórych razach przyżeguje i dalsze części cewki moczowéj, uznał Bottini za słuszny i wymyślił inne narzędzie, zupełnie tym wymaganiom odpowiadające. Sam autor ogłosił kilka przypadków bardzo pomyślnie zakończonych, które w ten sposób leczone były, a między niemi znajduje się historyja choroby wraz z podmiotowemi wrażeniami spisana przez wdzięcznego pacyjenta, lekarza z zawodu.

Druga propozycyja jest połączoną z zabiegiem krwawym i może być dokonaną w sposób dwojaki. Mc. Gill wykonał u pacyjenta dotkniętego przerostem gruczołu krokowego, a w skutku tego zatrzymaniem moczu, cięcie nadłonowe, a otworzywszy pęcherz wygodnie, usunął tamtędy zastawkę utworzoną przez płat środkowy, zamykającą szczelnie ujście wewnętrzne cewki moczowéj. Dobry rezultat w tym i w kilku innych podobnych przypadkach skłonił autora do wypowiedzenia zdania, że po największéj części przyczyną trudności moczenia wobec przerostu gruczołu krokowego jest wytworzenie się zastawki z płatu jego środkowego, że zatem otwarcie pęcherza cięciem podbrzusznem najlepszą daje możność usunięcia tych przeszkód, że w końcu cięcie to przydatnem i skutecznem będzie i w tych wyjątkowych przypadkach, w którychby się owéj zastawki nie znalazło, a tylko przerost płatów bocznych, gdyż działać ono może zbawiennie na równocześnie istniejący nieżyt pęcherzowy i bolesne parcia (wypoczynek pęcherza) pomijając już tę korzyść, że daje ono sposobność racyjonalnego i bezpośredniego działania na boczne płaty i jeżeli nie przywrócenia naturalnego oddawania moczu to przynajmniéj możności dostania się do pęcherza miękkiemi kateterami.

Prawie w tym samym czasie i nie wiedząc o rezultatach Mc Gilla, operował Landerer mężczyznę 63-letniego z powodu kamienia moczowego za pomocą cięcia środkowego *(sectio mediana)*, u którego przypadkowo przy pierwszem sięgnięciu kleszczami zamiast kamienia wydobył środkowy płat krokowy ku pęcherzowi sterczący, co ułatwiło przystęp i wydobycie kamienia. Chory ten wyzdrowiał i co ważniejsza pozbył się dotychczasowych trudności w oddawaniu moczu, co autorowi dało pochop do ogłoszenia tego przypadku i postawienia horoskopu, że operacyja ta może być wykonywaną metodycznie w celu usunięcia przeszkód w oddawaniu moczu.

Po tych ogłoszeniach pojawiły się wkrótce prace już to za tym kierunkiem przemawiające, już to jemu przeciwne. Do tych ostatnich zaliczyć należy przemówienie Dittela przez usta współpracownika swego Schustlera, który przyznając słuszność twierdzenia Mc. Gilla co do niektórych przypadków odznaczających się przeszkodami moczenia przy przeroście gruczołu krokowego nie może zgodzić się na rozpowszechnienie tej metody do wszystkich tego rodzaju przypadków, przyczem opiera się na następujących motywach: 1) że przerost średniego płatu gruczołu krokowego bez równoczesnego przerostu bocznych płatów należy do niezwykłéj rzadkości; 2) że przeszkody o wiele częściéj biorą początek w zgrubieniu tych ostatnich niż tamtego; 3) że, jeżeli środkowy płat bywa tychże przyczyną, to niekoniecznie w postaci zastawki przez operacyję usunąć się dającéj, lecz częstokroć w postaci rozległéj tamy; 4) że dawniejszy sposób zakładania przetoki w okolicy nadłonowéj za pomocą wbitego tamże trójgrańca ma oddawać znakomite usługi w tych przypadkach, w których kateteru z jakichkolwiek bądź przyczyn zwykłą drogą wprowadzić nie możemy.

Że zaś odjęcie owéj zastawki krokowéj nie zawsze uwieńczonem bywa skutkiem pożądanym, przytacza S. z praktyki Dittela dwa ujemne przypadki. Również wodą na jego młyn były dwa przypadki, o których doniósł był Benno Schmidt, że pomimo dokładnego usunięcia zastawek nie przyszło do prawidłowego, naturalnego oddawania moczu.

Natomiast występuje Meinhard Schmidt z opisem podobnego przypadku jak poprzednie dwa, t. j. że po dokładnem usunięciu sterczącego środkowego płatu za pomocą cięcia nadłonowego prawidłowe dobrowolne moczenie nie powróciło, na czem jednak operator nie poprzestał, lecz podejrzywając nadto przerost bocznych płatów o zatrzymywanie moczu w pęcherzu, przystąpił w 3 tygodnie późniéj do drugiéj operacyi t. j. do cięcia na międzykroczu (*boutonnière*), przez które rozszerzył dokładnie gruczołową część cewki moczowéj za pomocą wprowadzonych do niéj rozszerzadeł. Rezultat tych obydwu operacyj był tak świetnym, że autor proponuje połączenie obydwu jako metodyczne postępowanie w niektórych niezwykle ciężkiemi przypadami się odznaczających przypadkach.

Na ostatnim wiecu chirurgów niemieckich w Berlinie podjął tę kwestyję Kümmel z Hamburga, który na podstawie sześciu przez siebie za pomocą cięcia podbrzusznego skutecznie operowanych przypadków świetnie bronił zasady, że zatrzymanie moczu, wywołane przerostem gruczołu krokowego może być doszczętnie tylko przez zabieg operacyjny i to najłatwiéj za pomocą cięcia podbrzusznego usuniętem. Na zarzuty Socina i Thierscha, którzy nie radzili zapalać się do takiego postępowania wobec faktu, że najcięższe przypady osób dotkniętych przerostem gruczołu krokowego pochodzą od zapalnego stanu pęcherza, a ten daje się leczyć w inny sposób, odpowiada Kümmel, że metody téj używał i poleca używać jedynie tylko tam, gdzie niezbity dano dowód, że przeszkoda mechaniczna istnieje i gdzie odprowadzanie moczu za pomocą cewnika jest albo nie możliwem, albo bardzo bolesnem, albo wreszcie grozi w dalszym ciągu niebezpieczeństwem dla życia.

Jeżeli więc zważymy tę różnorodność zdań o jednéj i téj samej rzeczy i okoliczność, że sprawa tak ważna nie na podstawie teoretycznych rozumowań lecz praktycznego doświadczenia rozstrzygniętą być może, to powinniśmy się starać próbować téj metody wszędzie tam, gdzie ona według dzisiejszych pojęć usprawiedliwioną być może, a to tembardziéj, że sami pacyjenci dotknięci tak ciężkiem kalectwem domagają się przedsięwzięcia chociażby i ryzykownych zabiegów i że ostatecznie coraz bardziéj rozwijająca się kystoskopija ułatwiać może rozstrzyganie kwestyi obecności lub nieobecności przeszkód mechanicznych ze strony płatu środkowego.

Wobec powyższego stanu téj sprawy i wobec faktu, że dotychczas oprzeć się można zaledwie na kilkunastu przypadkach w ten sposób operowanych, pożądanem jest ogłaszanie każdego takiego przypadku i z tego powodu pospieszam i ja z mojem chociaż pojedynczem spostrzeżeniem.

M. P. 62 lat liczący, właściciel realności z Korniowa pod Horodenką, przybył w maju 1888 roku na mój oddział z rozpoznaniem kamienia moczowego w pęcherzu celem poddania się operacyi.

Wywiady wykazują, że pacyjent od 4 lat doznaje jakiegoś przykrego ciągnienia i ciążenia w pęcherzu, że podczas jazdy wózkiem doznaje bólów, a od roku nie może inaczéj oddać moczu, jak za pomocą cewnika gutaperchowego, który sobie sam z łatwością 4—5 razy na dobę wprowadza.

Badanie stwierdza mężczyznę krępego, na wiek swój dobrze odżywionego, nie przedstawiającego oprócz w zakresie dróg moczowych żadnych innych wybitniejszych zmian w organizmie. Sonda metalowa przechodzi po małem zatrzymaniu się przed samym gruczołem krokowym zresztą łatwo do pęcherza, gdzie po kilku obrotach natrafia na ciało obce twarde, wyraźny oddźwięk wydające. Palec wprowadzany do odbytnicy wyczuwa gruczoł miernie powiększony tak, że obydwa płaty boczne dają wrażenie wielkości przepołowionego jaja kurzego. Rozbiór moczu przedstawiał objawy lekkiego nieżytu pęcherzowego. Na téj podstawie rozpoznałem kamień pęcherza, który drażniąc jego ściany, a przedewszystkiem sterczący weń płat środkowy gruczołu krokowego sprowadził większy obrzęk jego i ztąd zatrzymanie moczu i postanowiłem wykonać litolapaksyję, opierając się na fakcie, że bez trudności mogłem wprowadzić grube sondy metalowe.

Operacyję wykonałem dnia 16-go maja 1888 w narkozie chloroformowéj, przyczem skruszyłem kamień od razu w przeciągu godziny i wydobyłem okruchy ewakuatorem Ultzmanna, ważące razem około 10 gramów. Pęcherz wypłukano przedtem i potem wodą borową 3⁰/₀-wą, a badanie sondą nie wykazało już żadnego ciała obcego. Przewidziane wzmożenie się chwilowe nieżytu pęcherza leczono przestrzykiwaniami pęcherza, lecz chociaż wkrótce mocz zupełnie się oczyścił, nie mógł pacyjent oddawać go dobrowolnie, tylko jak przedtem za pomocą cewnika. Cała korzyść polegała na tem, że mógł obecnie znacznie dłużéj mocz utrzymywać w pęcherzu, bo do 5 godzin. W tym stanie odjechał z końcem maja 1888 do domu.

Tamże, jak późniéj się dowiedziałem, pęcherz wcale się nie poprawiał pomimo używania kąpieli, przeciwnie wkrótce wrócił do dawnego stanu, t. j. do częstego parcia na mocz obok niemożności oddania go dobrowolnie. Gdy wreszcie na wiosnę 1889 r. przystąpiły nadto bóle i krwawe moczenie, zgłosił się pacyjent z końcem maja b. r. u mnie powtórnie prosząc, aby go jeszcze raz operować, gdyż mu się zdaje, że kamień znowu się utworzył.

Stwierdziwszy za pomocą sondy rzeczywiście obecność ka-

mienia oświadczyłem, że tym razem wydobędę go w całości po przecięciu pęcherza, a to tem bardziéj, że spodziewam się w ten sposób usunąć środkowy płat gruczołu krokowego jako najbliższą przyczynę zatrzymania moczu, a pośrednio i tworzenia się kamienia. Chory nie tylko, że się na taką operacyję zgodził, lecz przyjął propozycyję tę z entuzyjazmem, przystając na wszystko, byleby była jaka taka nadzieja pozbycia się téj przykréj zależności od kateteru.

D. 24 maja b. r. wykonałem w narkozie chloroformowéj zwykłym sposobem cięcie podbrzuszne, otworzyłem pęcherz, a wydobywszy z niego dwa kamyczki dochodzące do wielkości orzechów laskowych, wymacałem palcem wskazującym przed samem ujściem wewnętrznem ciało twardawe z dołu ku górze sterczące na kształt końcowego członka palca ręki ludzkiéj.

Gdy ciałem tem nie mogło być nic innego, jak przerosły środkowy płat gruczołu krokowego, przystąpiłem do usunięcia go, co dla braku miejsca ani nożem, ani termokauterem nie dało się uskutecznić, tylko albo nożyczkami na płask wygiętemi, albo jeszcze lepiéj podobnie zgiętemi szczypczykami przez Löwenberga do wydobywania adenoidalnych wyrośli z jamy noso-połykowéj podanemi. Rzecz naturalna, że narzędziem takiem odjąć mogłem sterczący kawałek tylko częściami, co czyniłem dopóty, dopóki droga do cewki moczowéj od strony pęcherza nie została zupełnie oczyszczoną. Mierny krwotok z powstałéj skutkiem tego ranki starałem się przytamować przez przyżegnięcie termokauterem. Oczyściwszy wnętrze pęcherza dokładnie zwitkami z gazy jodoformowéj i sublimatowéj, zaprowadziłem gruby cewnik elastyczny, a w końcu zmniejszyłem ranę pęcherzową kilkoma szwami zostawiając umyślnie przestwór wolny między niemi z tego powodu, żeby zapewnić odpływ dla moczu na wypadek, gdyby tworzące się skrzepy w pęcherzu miały zatykać oka kateteru komornem w niem pozostawionego. Ranę zewnętrzną wytamponowałem 20% gazą jodoformową.

Z dalszego przebiegu mam do zanotowania, że pacyjent miał się przez pierwsze trzy dni zupełnie dobrze, mocz nieco krwawy odpływał przeważnie kateterem, a w znacznie mniejszéj części przez ranę brzuszną i to dopiero po pierwszych 24 godzinach, w których przez ranę nic nie przechodziło; bóle były nieznaczne, a podwyższenie temperatury ciała prawie żadne nad prawidło. Dopiero czwartego dnia zaczął chory majaczyć, bredzić, stał się niespokojnym, opatrunek i kateter przemocą odrzucał tak, że musiał zostawać pod nieustającą kontrolą i dozorem. Z początku nie umiałem sobie z tego stanu zdać sprawy, gdy jednak stan ten się przez drugi dzień utrzymywał, mimo, że mocz dobrze i w należytéj ilości odpływał i mimo, że gorączki wcale nie było, rozpoznałem zatrucie jodoformem, odsunąłem tenże zupełnie i wewnętrznie podałem brom w dużych dawkach, według rady Samtera. I rzeczywiście przypady te zaraz się zmniejszyły, a wkrótce zupełnie ustąpiły. Rana nadłonowa zmniejszała się widocznie, moczu przez nią coraz mniéj, a cewnikiem coraz więcéj odpływało, wreszcie d. 11/6 1889 znalazłem ranę w głębi zasklepioną tak, że usunąłem cewnik z pęcherza, a chory oddał po raz pierwszy od lat kilku sam mocz drogą naturalną. Odtąd oddawanie moczu nie doznawało żadnéj przeszkody, odbywało się z początku częściéj, później zaś zbliżyło się liczbą swoją do normy, albowiem przypadało co 3—4 godzin. W miesiąc po operacyi była rana prawie zupełnie zagojoną, a pacyjent opuścił zakład z najzupełniejszem zadowoleniem.

Jeżeli piękny i korzystny rezultat niniejszego przypadku bezwzględnie zachęca do takiego postępowania tam, gdzie cięcie podbrzuszne wskazanem jest z innych powodów, jak n. p. w niniejszym z powodu kamieni moczowych, to niemniéj przyczynić on się może także i do rozszerzenia bezwzględnych wskazań doszczętnéj téj operacyi. Pomijając bowiem już tę okoliczność, że przy postępującym rozwoju kystoskopii będziemy mogli oznaczać na pewno przypadki, w których zwiększony środkowy płat nadawać się będzie do usunięcia go operacyjną drogą, to cięcie podbrzuszne wykonane w każdym przypadku ciężkich objawów pęcherzowych, wywołanych przerostem gruczołu krokowego, tylko do sprowadzenia ulgi przyczynić się może, usuwając przykre parcie i dając możność bezpośredniego leczenia zazwyczaj ciężko zajętéj błony śluzowéj pęcherza. Że zaś nie rzadko natrafimy na ów sterczący środkowy płat gruczołu tam, gdzie go podejrzywamy, przemawia dotychczasowa, jakkolwiek nieliczna jeszcze kazuistyka; przeto zarazem będziemy mieli sposobność doszczętnego usunięcia głównéj przeszkody. Lecz jeszcze jedna okoliczność wchodzi tu w rachubę, a mianowicie ta, że jak to wyżéj już wspomniałem, mamy jeszcze dwie inne metody doszczętnego leczenia przerostu średniego płatu, tj. Bottiniego za pomocą galwanokaustyki i Landerera za pomocą cięcia środkowego cewki moczowéj, które to obydwie metody znacznie są mniejszemi zabiegami operacyjnemi niż cięcie podbrzuszne. Jeżeli jednak zważymy, że w obydwu tych, jakkolwiek rzeczywiście mniéj raniących metodach, działamy właściwie po omacku, gdy tutaj widzimy dokładnie, co i wiele z niego ma się usunąć, jeżeli wreszcie dodam, że technika operacyi podbrzusznéj i dalszego leczenia ztąd wynikłéj rany tak daleko naprzód postąpiła, że niebezpieczeństwa przywiązane do większego zranienia wcale tu nie mogą wchodzić w rachubę, to śmiało przyznać musimy, że jesteśmy uprawnieni do zalecania podbrzusznego cięcia pęcherza w celu doszczętnego leczenia przerostu średniego płatu gruczołu krokowego, a o ile nadzieje nasze w téj metodzie pokładane się ziszczą, wykazać może nam dopiero statystyka takich przypadków na setki lub tysiące zebrana. Niech tymczasem niniejszy przypadek będzie bodźcem do przedsiębrania więcéj takich operacyj.

W końcu zaznaczyć muszę, że po skreśleniu niniejszych uwag z przyjemnością natrafiłem w jednym z ostatnich zeszytów *Centralblatt für Chgie* (Nr. 24) na referat z obszerniejszéj pracy amerykańskiego chirurga F. S. Watsona, w któréj tenże na podstawie zestawienia dotychczasowego materyjału klinicznego, aczkolwiek nader jeszcze szczupłego, w ogólności przemawia za metodami doszczętnemi jako większą korzyść niosącemi, niż metody palijatywne, twierdzi jednakże, że tak badania anatomo-patologiczne, jak i doświadczenia kliniczne przemawiają za tem, iż w dwóch trzecich częściach przypadków da się doszczętna operacyja wykonać od strony międzykrocza, w jednéj zaś trzeciéj tylko należałoby przystąpić aż do przecięcia pęcherza nad łonem i to dodając je do poprzednio już wykonanéj *boutonnière*, która ma więc służyć jako operacyja wywiadowcza.

Czy takie postępowanie, czy też odwrotne, t. j. pierwéj wykonane cięcie pęcherza nadłonowe, a dopiero w razie potrzeby dodatkowo cięcie od strony międzykrocza, jak to proponuje M. Schmidt, znajdzie poparcie między chirurgami, wykaże nam najbliższa przyszłość; w każdym razie stanowić będzie prostatektomija temat w nowoczesnéj chirurgii najwięcéj ulubiony.

II. Z praktyki lekarskiéj.

Kilka słów o wyciągu z *Cascara Sagrada*, jako leku rozwalniającym

podał

Dr. Leon Rosenbusch we Lwowie.

Wyciąg Sagrady podawałem prawie od samego pojawienia się tego leku w licznych przypadkach jużto chwilowego jużtéż nawykowego zaparcia żywota. Przeważnie posługiwałem się wyciągiem płynnym, zagęszczonym lub winem sagradowem wyrobu p. Liebego w Drezdnie (*Vinum Sagradae genuinum*). Dawka jednorazowa czystego wyciągu wy-

nosiła 2—12 gramów. Zazwyczaj zażywali chorzy lek przed spaniem lub naczczo, popijając go wodą lub zmięszawszy poprzód z syrupem. U znacznéj części chorych podawałem lek ten przez przeciąg kilku tygodni, u kilkunastu nawet przez przeciąg kilku miesięcy. Pominąwszy smak przykry leku, z powodu którego kilku chorych żadną miarą do powtórzenia leku nakłonić się nie dało, nie mogę zanotować żadnych wkrótce po użyciu występujących objawów ujemnych, z wyjątkiem dwóch przypadków, w których po wyżyciu średniéj dawki zaraz wystąpiły wymioty.

W znacznéj liczbie spostrzeganych przypadków wystarczała u chorych, którzy pierwszy raz leku tego używali, dawka 2—4 gramowa do wywołania wypróżnienia; przy dłuższem używaniu jednak musiano dawkę znacznie podwyższyć, a w przypadkach dlugotrwającego nawykowego zaparcia, częstokroć i 12 gramów płynnego wyciągu prawie zupełnie nie skutkowało. Średnie dawki skutkowały zazwyczaj po upływie 8—16 godzin, wywołując rzadziéj jedno obfite, częściéj 2—3 mniejsze, płynne wypróżnienia. Dawki znaczniejsze sprawiały u osób nieprzywykłych do środków czyszczących zazwyczaj uczucie wysechania w jamie ustnéj i gardziela, bóle w brzuchu i silne parcie, wśród którego chorzy zniewoleni byli do częstego oddawania małych iłości płynnego, ciemno-ubarwionego kału, wśród znacznego bólu i pieczenia w kiszce odchodowéj. Kał w tych warunkach oddawany zawierał znaczną ilość ciągnącego się, nieubarwionego śluzu.

W znacznie wyższym stopniu występowały wyż opisane objawy po zastosowaniu jednorazowéj znaczniejszéj lub po częstych średnich dawkach Sagrady u ludzi skłonnych do przekrwień w zakresie żyły bramnéj, w szczególności u cierpiących na hemoroidy. U tych chorych dość znaczne dawki wyciągu wspomnianego leku wywoływały zazwyczaj skutek niedostateczny, natomiast sprawiały silne parcie i częste oddawanie małych ilości płynnego, silnie cuchnącego, a sporo śluzu zawierającego kału; w kilku razach objawy te stopniując się przedstawiały zupełny obraz *Proctitis catarrh. acuta.*

Co do wpływu na trawienie, to niezaprzeczenie we wszystkich przypadkach prawie, w których leku tego używałem, mogłem zauważyć znaczne powiększenie się łaknienia i ustępowanie niektórych, dyspepsyi lub nieżytowi żołądka towarzyszących objawów.

W krótkości zestawione wyniki, otrzymane przy podawaniu przetworów z *Rhamnus Purshiana*, przedstawiają się jak następuje:

1) *Extr. Cascarae Sagradae* działa przeczyszczająco w dawce 2—12 gramów.

2) Pojedyncze, obecnie w handlu znajdujące się przetwory, różnią się znacznie co do zawartości środka działającego.

3) Przetwory Sagrady można i dłuższy czas podawać bez obawy przed następowemi trwałemi zaburzeniami w przewodzie pokarmowym.

4) Duże dawki wywolują znaczne podrażnienie kiszki odchodowéj.

5) U osób skłonnych do zastoju w krążeniu żyły bramnéj, szczególniéj u obarczonych krwawnicami, wywołują znaczniejsze dawki wspomnianego leku częstokroć bardzo przykre, choć stosunkowo rychło przemijające objawy (*Tenesmus — Proctitis catarrh.*).

6) Małe i średnie dawki Sagrady wpływają jak inne środki gorzkie dodatnio na łaknienie i trawienie.

7) Ze względu na przykry smak czystego wyciągu, najlepiéj używać przetworów złożonych (*Vinum Cascarae Sagradae, Extr. Casc. Sagr. cum tra Rhei Darelli* [1]).

---

[1]) Dla uchylenia przykrego smaku aptekarz w Krakowie, p. Wiszniewski, wyrabia kołaczyki (*tabletti*) z wyciągu *Cascarae Sagradae*, które chorzy dobrze znoszą. (przyp. Red.)

III. Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie.

II.

Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale ocznym Dra Zagórskiego szpitala powszechnego w Rzeszowie za r. 1888.

Zestawił
praktykant szpit. Dr. H. Kraus.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Głównego kontyngensu dostarczały oddziałowi choroby rogówki a przedewszystkiem wrzody.

Na uwagę zasługuje przypadek zwichnięcia soczewki powstałego samoistnie u 52-letniéj kobiety, w którym soczewka wypełniła całą przodkową komórkę. Ucisk podwyższony obniżono przez usunięcie soczewki wypadniętéj, poczem i siła wzroku znacznie się poprawiła.

Szczupłe ramy sprawozdania nie pozwalają szczegółowego opisywania przypadków, z których niejeden byłby interesujący i pouczający.

Ilość w ciągu roku wykonanych operacyj. nie wliczając w to operacyj mniejszych, jak przecięcie kanalików łzowych i woreczka łzowego, paracentezy rogówki, wydobywanie ciał obcych z rogówki itp , jest następująca:

Irydektomij wykonano 21, wydobycia zaćmy 9, discysyją zaćmy 1, kantoplastyki 4, operacyje według Jaesche-Arlta 8, operacyj plastycznych na powiece 1, operacyj skrzydlika (*pteryqium*) 2, *exstirpatio atherom. orbit* 1, *exstirpatio chalazii* 2, *peritomij* 2, *eventratio orbitae* 2, *excochleatio margin. orb.* 1. Razem 54. Przed każdą operacyją zmywano oko rozczynem sublimatu 1 : 5000, tak samo posługiwano się rozczynem sublimatu podczas operacyi i następnych opatrunków, podczas których kładziono nadto na oko watę i umocowywano flanelową opaską (*monoculus*).

Wydobycie zaćmy soczewki wykonywał Dr. Zagórski zawsze podług Graefego. Pomimo tego, że w jednym przypadku podczas następnego oczyszczania ranki pooperacyjnéj ze skrzepów, chory zamykając oko, zbyt silnie ścisnął powieki, tak że powieka górna weszła w ranę i wywołała bardzo znaczny wypływ ciałka szklanego, przebieg pooperacyjny był prawidłowy a wynik zupełnie pomyślny.

Między operowanemi na zaćmę było dziecko od przyjścia na świat ślepe. Było ono duchowo bardzo zacofane i wykonywało w tak wysokim stopniu automatyczne ruchy ślepo urodzonych, iż sądzono, że mózg i siatkówka są u niego słabo rozwinięte. Gdy przez kilkakrotną discysyję wzrok mu przywrócono, dowiedziano się następnie od rodziców dziecka, że umysł jego od czasu operacyi coraz lepiéj się rozwija.

Nie mniéj zasługuje na wspomnienie przypadek, w którym u 30 letniéj kobiety po przebytem zapaleniu tęczówki powstały męty w ciałku szklanem. W dwa dni po wykonaniu dość szerokiego wycięcia kawałka tęczówki wystąpiły objawy ostréj jaskry i to w tym stopniu, że chora posiadała zaledwo poczucie światła. Po kilkodniowem stosowaniu pilokarpinu oko powróciło do dawnego stanu.

III.

Sprawozdanie z ruchu chorych w oddziale wewnętrznym, kiłowym i położniczym prym. Dra Stan. Jabłońskiego przy szpitalu powszechnym w Rzeszowie za rok 1888.

Nie ulega wątpliwości, że największą liczbę chorych na prowincyi stanowi ludność dotknięta chorobami wewnętrznemi. Ostatnia też kategoryja chorób stanowi i w naszym szpitalu największą cyfrę. Po nich dopiero przychodzi kiła, która w ostatnich latach wprawdzie w mieście dzięki zabiegom władz policyjno-sanitarnych rzadziéj się pokazuje, w okolicy jednak ogromnie się szerzy. Liczba roczna leczonych na kiłę powiększa się przez przypływ chorych kiłowych i z pobliskich powiatów, w których szpitalów nie ma. Mimo że szpital nowy obliczony był na większą liczbę chorych wspomnianych dwóch kategoryj, to przecież nie może ich tak

pomieścić, jakby to należało według pojęć dzisiejszéj higijeny, bakteryjologii i według nauki o chorobach zakaźnych. To też dotkliwie uczuć się daje brak pawilonu osobnego dla chorób zakaźnych: ospy, odry, płonicy, duru brzusznego i plamistego, które u nas nigdy prawie nie wygasają. Pokój oddzielny dla chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi może ich pomieścić tylko cztery; chyba już podnosić nie potrzeba, jak ta cyfra jest małą. Przypadki zarażenia się jedną z wymienionych chorób zakaźnych w szpitalu samym nie należą do rzadkości; ażeby zapobiedz podobnego rodzaju nieszczęściom stara się obecnie prym. Jabłoński wspólnie z Radą miasta o wybudowanie osobnego pawilonu dla chorób zakaźnych, a jeżeli się nie rozbije wszystko o „brak pieniędzy“, będziemy już w niedalekiéj przyszłości mieli obok obecnego gmachu szpitalnego osobny domek parterowy, mogący w sobie pomieścić 16 łóżek.

Do téj części sprawozdania dołączyliśmy i położne, które u nas stanowią nie wielką cyfrę rocznie. Trzeba jednak podnieść, że wszystkie połogi przebiegają u nas bardzo dobrze. W ciągu ostatniego roku nie było ani jednego przypadku gorączki połogowéj.

Ogółem przyjęto w r. 1888 dotkniętych chorobami wewnętrznemi, kiłą i położnic 776 osób, z tych było mężczyzn 427, kobiet 349. Z téj sumy wyleczono 365. wypuszczono z poprawą zdrowia 198, niewyleczonych wyszło 97, a umarło w ciągu roku 116.

Dotkniętych chorobami wewnętrznemi było 398, dotkniętych kiłą było 316, porodów odbyło się w ciągu roku w szpitalu 62.

Według kategoryj chorób przedstawiają się wewnętrznie chorzy jak następuje: dotkniętych chorobami narządu krążenia było 52; chorobami narządu oddechowego 142; chorobami narządu pokarmowego 51; chorobami narządu moczopłciowego, wyjąwszy kiłę i choroby weneryczne, 36; chorobami układu nerwowego 19; chorobami zakaźnemi ostremi 98. Razem 398. Największą cyfrę stanowią chorzy dotknięci chorobami narządu oddechowego, a z tych najwięcéj było dotkniętych gruźlicą płuc. W podręczniku swoim *Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie* 1885, jeszcze w drugiem wydaniu. pisze Eichhorst w ten sposób: *Dropsy beispielsweise berichtet, dass in Galizien die eingeborenen Bauern fast vollkommen gesund bleiben, während die zahlreiche jüdische Bevölkerung um die Zeit des 20. Lebensjahres sehr reichlich hingerafft wird. Die frühen Ehen u. die körperlichen Ueberanstrengungen werden mit gutem Grunde als Ursache angenommen.* Co do żydów zupełnie się z panem Dropsym zgodzić można, jak z jednéj strony kiła jest u nich rzadką, tak gruźlica szerzy się między nimi w zastraszający sposób; na czem jednak oparł p. Dropsy to swoje zdanie co do chłopów galicyjskich i kiedy to napisał, nie wiemy; faktem jest, że u nas w szpitalu, gdzie stosunkowo mało w roku leży żydów, przeważnie gruźlicą są dotknięci chłopi i biedna klasa robotnicza miejska.

Do grupy chorób przewodu pokarmowego wliczyliśmy także choroby wątroby i śledziony. Tutaj musimy podnieść, że stosunkowo nie tak często napotykano ciężkie zimnice jak to bywa w innych powiatach galicyjskich. Stąd też duże obrzęki śledziony na tle zimniczem i następowe niekiedy jéj choroby (zwyrodnienie skrobiowate, białaczkowe i t. p.) należą w szpitalu do rzadkości.

Za to wcale nie rzadkiemi są przewlekłe zapalenia nerek w następstwie nadużywania wyskoku, którym okoliczni chłopi i tutejsza klasa robotnicza wcale nie gardzą.

Mając do dyspozycyi tak znaczny materyjał nie poprzestawano na podawaniu leków. które już uzyskały prawo obywatelstwa w naszym skarbie leczniczym, ale podawano i nowsze, z jednéj strony, ażeby nie pozostawać w tyle poza ogólnym prądem, który obecnie porywa wszystkich prawie internistów, z drugiéj strony, aby wyrobić sobie własny sąd o nowszych lekach, sąd oparty na doświadczeniu szpitalnem, któryby można potem zużytkować w praktyce prywatnéj.

Na pierwszem miejscu musimy wspomnieć o niedawno dopiero znanym leku nasercowym: *strophantus*. Niedługo po ogłoszeniu pierwszych wyników leczniczych w *British medical Journal* (1885) przez Frasera ukazało się mnóstwo prac o tym leku. Stosowano go także i w szpitalu naszym nie wiele późniéj, aniżeli inne zakłady naukowe krajowe. W kilkunastu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, z powodu wad jego zastawek działał wcale dobrze. O wiele jednak więcéj zadowalał w przypadkach osłabienia czynności serca w następstwie rozedmy płuc lub miażdżycy tętnic u osób starszych. Można było zarazem stwierdzić, że w tych przypadkach, w których naparstnica już nie działała, i *strophantus* wypowiadał posłuszeństwo. Niektórym chorym podawano go całemi miesiącami bez sprowadzenia jakich ubocznych nieprzyjemnych następstw. [Razem z p. Drem Stan. Braunem obserwowałem w Krakowie przypadek osłabienia czynności serca w następstwie rozedmy płuc, miażdżycy tętnic i zapalenia przewlekłego mięśnia sercowego, w którym chory już przeszło rok cały zażywał ze znakomitym skutkiem nastój *strophantus* bez szkody. Na trzy dni odstawiono lek, a już wraca duszność i niepokój, a arytmija i objawy zastoju się wzmagają].

W jednym przypadku niewyrównanéj wady serca, w którym ani naparstnica, ani kofeina, ani żadne środki moczopędne nie były w stanie zmniejszyć obrzęków, a w którym *strophantus* jeszcze najlepiéj działał, musiano go odstawić, bo chora dostawała każdym razem po podaniu 10 kropli nastoju nudności, wymiotów i palenia w gardle. Podskórnie go nie stosowano.

Ogromnie w ostatnich czasach zachwalany sulfonal nie został pominięty. Trzeba razem z innymi przyznać, że zyskaliśmy w nim bardzo dobry lek nasenny, który bezkarnie można przez długi czas podawać różnym chorym, nawet w tych razach, kiedy inne leki nasenne (morfina i chloral) są przeciwwskazane. Podawano go w szpitalu w przypadkach bezsenności, bez względu na to, na jakiéj podstawie była oparta. Tylko w jednym przypadku wady serca niewyrównanéj (niedomykalność zastawki dwudzielnéj), połączonéj z uporczywą bezsennością, kilkakrotnie podany sulfonal nie sprowadził pożądanego skutku. Ubocznych następstw po podaniu go nie zauważono ani razu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Dr. G. Kobler: Obce ciała w oskrzelach.

Obecność obcego ciała w oskrzelu zazwyczaj z łatwością można rozpoznać przy pomocy wywiadów, objawów podmiotowych, badania wziernikowego górnych części dróg oddechowych i co najważniejsza, charakterystycznych objawów wypukowych i przysłuchowych, które same niekiedy w braku dokładnéj anamnezy lub w stanie nieprzytomnym chorego wystarczają do rozpoznania. Może się jednak zdarzyć, iż obce ciało wpadłszy do oskrzela, jeżeli nie zostało zaraz wydalone, tkwi sobie spokojnie. nie zdradzając się przez pewien czas żadnemi przypadami i to tak długo, dopóki nie rozwinie się następowy proces zapalny, prowadzący zwykle do rozpadu zgorzelinowego lub ropnego. którego etyjologija, jeżeli zwłaszcza ciało obce dostało się bez wiedzy chorego, co także się zdarza, może się wydawać niejasną; utrzymujące się jednak w takim przypadku stale objawy fizyczne zwężenia oskrzela powinny naprowadzić lekarza na wykrycie właściwéj przyczyny choroby. Do rzadszych następstw należy rozstrzeń oskrzelowa w zakresie zatkanego oskrzela. rozszerzająca się zwykle i na inne rozgałęzienia; zdarza się to jednak tak rzadko, że dotychczas w etyjologii rozstrzeni obce ciała nader podrzędną odgrywają rolę i dlatego też moment ten w rozpoznaniu łatwo może być przeoczonym. Właśnie dwa takie przypadki rozstrzeni oskrzelowéj, które obserwowano w oddziale prof. Schroettera w szpitalu powszechnym w Wiedniu, skłoniły autora do ogłoszenia tego artykułu. Za życia rozpoznano tylko rozstrzeń oskrzelową, sekcyja dopiero wykazała jéj przyczynę: ciało obce i to w jednym przypadku, podłużny kawałek kości 28 mm. długi 15 mm. u podstawy szeroki, a 7 mm. grubości mający, tkwiący w głównym lewym pniu oskrzela bezpośrednio przed podziałem, w drugim guzik od koszuli, znaleziony na tem samem miej-

scu oskrzela prawego. Obydwa te przypadki są z wielu względów ciekawe: w obu ciało obce, jak wykazuje anamneza, dostało się zupełnie bez świadomości chorego do oskrzela, w obu następstwem była rozległa rozstrzeń oskrzelowa, w obu wreszcie za życia objawy podmiotowe i przedmiotowe ograniczały się tylko do zwykłych objawów rozstrzeni tak, iż nawet nie przypuszczano, żeby powodem mogło być zwężenie lub zatkanie oskrzela i to większego kalibru. Przypadki podobne dostawania się ciał obcych do oskrzeli bez wiedzy chorego opisali też Schroetter, Boyse, Koehler, Froeschel, Hamburger i Masing, który przy sekcyi człowieka, u którego przed czterema laty wykonano tracheotomiję, znalazł w oskrzelu kawał odłamanéj kaniuli. Szczególniéj bogatą w podobne przypadki jest literatura angielska i amerykańska. Widzimy więc, że ciała obce mogą czasem dostawać się do oskrzeli bez świadomości chorego, że mogą tam tkwić pewien czas, nie wywołując żadnych objawów, że zazwyczaj wywołują zapalenie płuc (w ścisłem tego słowa znaczeniu *Fremdkörperpneumonie*) z zejściem w zgorzel lub ropienie, przy czem może przyjść do przebicia w różnych kierunkach i do wydalenia ciała obcego, że wreszcie bardzo rzadko mogą wywołać rozstrzeń oskrzelową. Chodzi jeszcze o to, jak wytłomaczyć to dostawanie się ciała obcego do oskrzeli bez wiedzy chorego i brak wszelkiego odczynu nieraz przez czas dłuższy. Autor przypisuje to zmniejszeniu u niektórych osób, może tylko chwilowemu, pobudliwości odruchowéj dróg oddechowych, zwykle tak czułéj i każe liczyć się z tym faktem przy cierpieniach narządu oddechowego, w razie, jeżeli te po jednéj tylko stronie i bez wyraźnéj wystąpiły przyczyny. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 33). *Dr. Langie.*

R. Volkmann (Halle): **O odtłuszczaniu w chorobach stawów i kilka uwag o t. z.** *Gonitis crepitans.*

Za pomocą odtłuszczania w chorobach stawów można w odpowiednich przypadkach wiele dobrego zdziałać. Cel takiego leczenia jest następujący: staramy się osobę, która z powodu poprzednio przebytéj lub nabytéj choroby dotknięta jest osłabieniem jednéj lub obu kończyn, przez ostrożne odtłuszczanie o tyle uczynić lżejszą, aby odnogi mniéj do pracy zdolne, przez mniejszy ciężar ciała mniéj miały do dźwigania. Używając poszczególnego sposobu czyto Bantinga, czy też Oertla, Ebsteina, Schweningera itd., należy być bardzo ostrożnym i uwzględniać indywidualność chorego, gdyż szablonowo użyte leczenie może zaszkodzić. Wskazanie do tego leczenia stanowią, przy bezwzględnéj lub względnéj otyłości, najrozmaitsze stany chorobowe kończyn. Już w pewnych wrodzonych cierpieniach kończyn dolnych jest rzeczą ważną uregulować dyjetę i nie dopuścić zbytniego wytwarzania tłuszczu a z niém niepotrzebnego obciążania ciała, podczas gdy równocześnie staramy się przez odpowiedni sposób życia, jak przez ćwiczenie ciała i ruchy gimnastyczne, tusze, miesienie itd. wzmocnić siłę mięśniową. Tu należą wrodzone zwichnienia, krzywica, gdzie wskutek giętkiego i niedostatecznie odpornego rusztowania kostnego przy częstokroć nadmiernie rozwiniętéj tuszy chód jest chwiejnym; daléj różne choroby nabyte, jak kolana koślawe, płaskonóg, resekowane stawy kolanowe i biodrowe, gdzie jest wskazanem, aby kończyny mniéj do dźwigania zdolne o ile możności jak najmniéj obciążać To samo tyczy się porażenia dziecięcego,zwłaszcza przy rozpoczynających się zniekształtnieniach, gdzie V. usilnie poleca względnienie dyjety, zapobiegającéj z jednéj strony zbytniéj. tuszy, a z drugiéj strony wpływającéj na należyte rozwinięcie muskulatury w połączeniu z nacieraniami itd. Istnieje jeszcze jedna choroba, *Gonitis crepitans*, w której tylko przez regularne i ścisłe, z dobrym wynikiem przeprowadzone leczenie odtłuszczające, coś uzyskać można. Choroba ta przydarza się prawie wyłącznie u kobiet, gdy stały się otyłemi, jak to najczęściéj bywa u wieloródek. Trzymając rękę na rzepce przy zginaniu i wyprostowaniu kolana, czujemy w stawie delikatne trzeszczenie, a przyczyną jego jest prawdopodobnie chropowatość i wypocina na torebce, podobnie jak w *Tenalgia crepitans,* i tu właśnie za pomocą opisanego leczenia osiągnąć można zadziwiające wyniki. (*Deut. med. Woch.* 1889 Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Okulistyka.

Keferstein (Alt-Döbern): **O powstawaniu krótkiego wzroku.**

Nie jako okulista, lecz jako lekarz szkolny zastanawia się K. nad istotą krótkowidzenia i zapatrywanie swoje zestawia jak następuje: 1. Krótkowidzenie powstaje wskutek pracy z bliska, połączonéj z natężeniem umysłowem. 2. Im mniejszem jest pole widzenia, tem łatwiéj jest patrzącemu przedstawić sobie duchowo każdy przedmiot pola widzenia, gdyż im więcéj zbliża się oko, tem mniéj przedmiotów znajduje się w polu widzenia, które oko mniéj lub więcéj odśrodkowo widzi, a które nie powinny przyjść do świadomości, tem mniéj jest sposobności do roztargnienia umysłu. Im kto ma mniejszy dar pojmowania, tem bardziéj musi oko natężać, przybliżać je i tem dłużéj musi niem pracować, i ci uczniowie, którzy trudno pojmują, wcześniéj lub późniéj stają się krótkowidzącymi. K. badał 139 uczniów seminaryjum i to nie tylko co do odsetki myopów w pojedyńczych klasach, lecz także wzrok rodziców, czy choroby ucznia dały powód do myopii i zasięgał zdania nauczycieli o umysłowych zdolnościach uczniów. Z tablic uczniów wynika jako pobudka myopii: dziedziczne obciążenie, odra, błonica, zołzy i gruźlica. Nadmierne, długie i silne zaciemnianie pokoju w czasie, gdy dzieci jako wyzdrowieńcy zaczynają już znowu używać wzroku, uważa K. jako główną przyczynę myopii po odrze. W płonicy możnaby chyba obwinić powikłanie z błonicą i zapaleniem nerek; w zołzach wskutek zaćmień rogówki (po *Keratitis scroph.*) musi dziecko przedmioty przybliżać. Czynniki, utrudniające dokładne widzenie lub zdolność umysłową, przyczyniają się do powstawania myopii; ciemne sale szkolne, źle wietrzone gmachy szkolne, w których wskutek bólu głowy zdolność umysłowa jest osłabioną, złe ławki, zbyt krótkie przestanki między pojedynczemi przedmiotami, w końcu odziedziczona skłonność do myopii i oczy przez chorobę osłabione. W postępującéj myopii silnego krótkowidza jedynie słuszną radą lekarza jest zabronienie wszelkiego czytania i pisania, wymagającego wytężenia umysłowego. Co do szkieł, jest najlepiéj dziecku jak najpóźniéj dać szkła wklęsłe; dla dalekich przedmiotów możnaby dać *pince-nez,* który łatwiéj niż okulary można zdjąć i nałożyć, z tym jednak warunkiem, aby czytanie i pisanie odbywało się gołem okiem. Przy akomodacyi do bliskich przedmiotów zostaje naczyniówka przez kurcz mięśnia akomodacyjnego nieco ku przodowi pociągniętą, równocześnie wypukla się znaczniéj soczewka, szczególnie ku przodowi i mięśnie proste wewnętrzne kurczą się, aby osiągnąć zbieżność osi ocznych a mm. zewn. napięte cisną od zewnątrz na oko Tak powstaje przy długotrwałéj akomodacyi naciąganie i ucisk w oku, miejsce wejścia nerwu wzrokowego zaś pozostaje niezmienione w oku; tak powstać musi obok n. wzrokowego garbiak tylny ze zmianami budowy i zagłębieniem oka przy tylnym biegunie. K. twierdzi, że oko od natury jest nadmiarowo zbudowane i przez używanie do pobliża powinno się stać miarowem, że się jednak staje krótkowidzącem, winny nadmierne żądania, jakie nasza cywilizacyja mu stawia. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne i weneryczne.

L. Heidenreich. **O wrzodzie podzwrotnikowym** (*Piendinskaja jazwa, tropiczeskaja jazwa*). Petersburg 1888/9, str. 116 in 4-to.

Główny woj.-medyczny zarząd wydał swym kosztem pracę Dra H., docenta woj.-lekarskiéj Akademii, który z najwyższego rozporządzenia był odkomenderowany do Zakaspijskiego kraju, dla zbadania na miejscu t. z. pendińskiéj jazwy, czyli tropikalnego wrzodu, znanego na Kaukazie pod nazwą „*Elizawetpolskij godowik*“ (roczniak), w Persyi „*Lalek*“ w Małéj Azyi „*bouton d'Alep*“. a w Algierze „*Biskra*“. Jest to choroba skórna, zwykle się rozpoczyna w postaci grudki, przechodzącéj w pustułę lub też wprost we wrzodzik ze strupem lub bez takowego, następnie zmieniający się w owrzodzenie wielkości grochu lub śliwki, czasem nawet dłoni i przechodzący w niegłęboką, często powierzchowną, mniéj lub więcéj zabarwioną bliznę.

Wrzód ten nie jest śmiertelny, zwykłe się objawia u człowieka w liczbie mnogiéj, od 1 do 170 i więcéj, głównie na

okrągłych częściach ciała i dość rzadko połączony bywa ze stanem gorączkowym. Choroba trwa od 2 do 8 miesięcy, objawia się sporadycznie i endo-epidemicznie.

16036 zbadanych wrzodów umiejscowionych było w takim porządku: na dolnych odnogach 5856 (na goleni 4255), na górnych 5018 (przedramię 3845), tułowiu 3942 (krzyże 1577, szyja 859), głowie 1180 (czoło 288, okolice oczu 58). Opuszczając ciekawe badania bakteryjologiczne autora i doświadczenia nad zwierzętami i ludźmi, a także badania gruntu, powietrza i wody, podaję tu tylko następujące wyniki z pracy jego:

1) Mało zaraźliwy wrzód podzwrotnikowy jest tylko wrzodem Biskra, nie różni się też on od wszystkich tych wrzodów, które endemicznie i epidemicznie panują w krajach podzwrotnikowych i klinicznie identyczne są z algierską Biskra.

2) Wrzód ten pochodzi od rozwoju w skórze mikroorganizmu „*micrococcus Biskra*“, mającego pewne podobieństwo do *staphylococcus pyogenes aureus*.

3) Szkodliwy ten mikroorganizm w znacznéj ilości znajduje się w powietrzu doliny murgabskiéj, osobliwie w niektórych jéj miejscowościach, skąd się dostaje do skóry człowieka i, będąc wtartym w takową ubraniem lub inną drogą, wywołuje chrobowy stan skóry.

4) Mikrokok Biskra dostaje się do powietrza z wody rzeki Murgabu, gdzie go znajdujemy w wielkiéj ilości.

5) Najlepszym zabezpieczającym środkiem od tej choroby (pomimo wydalenia z téj miejscowości) uważać należy zabezpieczenie ciała od kurzu, i budowa mieszkań i kibitek nie przepuszczających takowego.

6) Najlepszym sposobem leczenia wrzodu jest — wyjazd do miejscowości nieendemicznéj i leczenie wyczekujące, pod stałym antyseptycznym opatrunkiem; jeśli zaś zachodzi potrzeba szybkiego wyleczenia, najlepszy środek *ferrum candens*. Do opisu dodano atlas, przedstawiający na 11. tablicach (101 rycin) wejrzenie i rozmaite okresy rozwoju tego wrzodu na wszystkich częściach ciała, fotografije osób dotkniętych tą chorobą, kierunek linij, w jakich się głównie objawia owrzodzenie, wreszcie bakteryjologiczne dość ciekawe badania nad mikrokokiem, przypominającym postacią cyfrę 8 (tablica VIII.) i plan całéj doliny Murgabu, od granic Awganistanu do Merwu. Siedm z tych tablic dość pięknie chromolitografowanych. Wogóle praca Dra H. dość poważna i zajmie odpowiednie miejsce w obszernéj już literaturze tego przedmiotu. *Dr. J. Talko.*

H. Klotz. **O wrzodach podudzia w późnéj kile**

K. spostrzegał w trzech przypadkach późnéj kiły powstawanie bardzo rozległych owrzodzeń na kończynach dolnych, bez poprzedniego wytworzenia się nacieków kilakowych. Bez wszelkiego obrzęku wytwarzała się plama ciemno-zielona, która się powoli przeobrażała w tkankę obumarłą, oddzielała się, pozostawiając wrzód o brzegach ostrych ale płytkich, o ciemno zielonéj nierównéj podstawie, pokrytéj wydzieliną surowiczą, mocno cuchnącą. Wrzód ten więc był podobny raczéj do zwykłego przewlekłego wrzodu podudzia aniżeli do owrzodzenia kiłowego. Równocześnie zauważano znaczny obrzęk całéj odnogi i dość znaczne bóle. Leczenie przeciwkiłowe okazało się w dwóch przypadkach bezskutecznem: w jednym z nich nastąpiła śmierć wskutek posocznicy, drugi chory jeszcze żyje, nie może jednak chodzić; u trzeciego chorego nastąpiło zupełne wyleczenie. K. uważa powyższą chorobę za dobrowolną zgorzel, a jako przyczynę przypuszcza *Endarteritis obliterans syphilitica*. Że leczenie przeciwkiłowe mało albo nic nie pomogło, tłómaczy się tem, że tu nie miało się do czynienia z kiłą samą, ale z jéj następstwami, mianowicie z zamknięciem naczyń (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888 zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Tommasoli. **Leczenie rzeżączki przez wprowadzenie maści do cewki moczowéj.**

T. opisał strzykawkę do wprowadzenia leków w postaci maści w dowolnéj, nawet najmniejszéj ilości do cewki moczowéj. Strzykawka ta zbudowana jest według znanego przyrządu Ultzmanna (*Harnöhreninjektor*) i składa się z cewnika metalowego Nr. 18 skali Charrièra, długości 16 ctm., mającego na końcu cewkowym środkowy otwór wielkości 3 mm. W tym lekko zakrzywionym cewniku posuwa się skórą obciągnięty tłok zapomocą metalowego pręta kilkostawowego, opatrzonego na zewnętrznym końcu skalą, zapomocą któréj można dokładnie oznaczyć ilość maści, mającéj się wstrzyknąć, — jedna podziałka odpowiada piątéj części grama. Do napełniania strzykawki wystarcza, jeśli maść jest miękką, aspiracyja tłoku; jeśli zaś maść jest zbitszą, to napełnia się nią przyrząd tak, że maść wciska się za pomocą zwykłéj strzykawki szklanéj przez otwór cewnika. T. razem z docentem Fingerem w Wiedniu doświadczał tego sposobu w wielu przypadkach przewlekłéj rzeżączki i osiągnął bardzo zadowalające wyniki. Jako składnika maści używał wyłącznie Lanoliny, w postaci maści: *Nitr. argenti* 0·1—1·0, *Lanolin.* 45·0, *Ol. olivar.* 5·0. Korzyści połączone z użyciem maści w leczeniu miejscowem, a głównie lanoliny, która przez dłuższy czas mocno przylega do błony śluzowéj tak, że nawet mocz jéj spłukać nie może, wskutek czego zetknięcie leku z chorą błoną śluzową staje się ściślejszem i dłużéj trwającem, niż przy używaniu leków płynnych, osiągnąć można, jak twierdzi T., jego strzykawką. Dalszemi zaletami tego narzędzia jest brak wszelkiego drażnienia, jakoteż umożliwienie złożenia maści w dowolnem miejscu cewki moczowéj. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888 zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Choroby dzieci.

O. Soltmann (Berlin). **O strachu nocnym** (*pavor nocturnus, Night terrors*).

S. opisuje nocne zrywanie się dzieci jako nagłe przebudzenie się, łączące się z uczuciem lęku i przywidzeniami, które występuje najczęściéj podczas głębokiego snu w kilka godzin po zaśnięciu, i to bez jakichkolwiek zwiastunów. Największa liczba dzieci cierpiących strach nocny jest niedokrewną i obciążoną usposobieniem neuropatycznem, t. j. pochodzą z rodzin, w których nerwice najrozmaitszego rodzaju często się zdarzają. Jako przyczyny usposabiające, wywołujące napad, podaje S. według własnych spostrzeżeń, zgodnych z doświadczeniem wszystkich lekarzy chorób dzieci, niestrawność, przewlekłe zaparcie stolca, zapalenie napletka, migdałków itd. Napady same pojmuje autor jako okresowe objawy zadrażnienia w zakresie nerwu wzrokowego, mianowicie jego środkowych obszarów zmysłowych (*pulvinar, corpora quadrigemina*), które według prawideł odśrodkowości przeniesione zostają do obwodu pola widzenia, a które z drugiéj strony powstają odruchowo wskutek chorobowego tłómaczenia obwodowych pobudek zmysłowych. S. rozróżnia, podobnie jak inni, strach samoistny („wyobrażenie lęku“) i objawowy („uczucie lęku“), w którem rokowanie w ogóle jest dobrem. Obok leczenia skierowanego przeciw chorobie ustrojowéj (niedokrewność, krzywica), należy także zastosować odpowiednie leczenie dyjetetyczne i psychiczne, które przedewszystkiem surowo unika wszelkiego straszącego pobudzenia wyobraźni dziecięcéj. Wieczerza nie powinna być obfita, a przedewszystkiem należy unikać jaj i chleba, a jako najodpowiedniejsze poleca pożywienie płynne. (*Deut. med. Woch.* 1889 Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Stewart: **O stulejce wrodzonéj.**

Wrodzona stulejka, która zwykle znika z wystąpieniem naprężeń członka, jest zjawiskiem bardzo częstem i źródłem najrozmaitszych chorób u dzieci. Żołędź bywa zwykle zupełnie ukrytą i zrośniętą z wewnętrzną blaszką napletka, pokryta wydzieliną drażniącą, a ujście napletka bywa niekiedy wielkości tylko główki od szpilki. Z tego powodu moczenie jest częste, prącie i otaczające części w stanie podrażnienia i zapalenia, które jest najsilniejsze przy ujściu cewki, także przy oddawaniu moczu powstają bardzo gwałtowne bóle, objawiające się głośnym krzykiem dzieci. Stulejka może być pobudką do onanii i w ten sposób wpłynąć niekorzystnie na stan ogólny. Jeszcze inne na drodze odruchów powstające zboczenia mogą stać w związku z stulejką, jak n. p. kurcze, które zazwyczaj odnosimy do ząbkowania, zaburzeń w trawieniu i pasorzytów jelitowych. S. przytacza przypadek kurczów z następowem porażeniem połowiczem i afazyją, który wyleczył za pomocą obrzezania stulejki wysokiego stopnia, połączonéj z silnemi objawami zapalnemi, podczas gdy we-

wnętrzne leczenie nie odniosło żadnego skutku. Wobec tego, że zwykle rodzice, a głównie matki, nie zgadzają się na krwawy zabieg, wymyślił S. nowy sposób leczenia. Aby napletek na niekrwawéj drodze odprowadzić, podał S. narzędzie, które za pomocą 4 listków jednostajnie napletek naciąga, usuwając równocześnie istniejące zrosty. Po odprowadzeniu napletka pokrywa się oczyszczone części tłuszczem, napletek znowu się odprowadza, t. j. ściąga przed ujście cewki i zabieg prawie bez utraty krwi jest ukończony. Znieczulenie następuje za pomocą 10% kokainu. Przy wprowadzeniu narzędzia zwanego przez S. *„dilatator praeputii“* do otworu napletka, należy uważać, aby go nie wprowadzić do ujścia cewki, coby przy oddalaniu listków jéj rozerwanie sprowadziło. Rozszerzanie odbywać się powinno powoli, aby nie powstały pęknięcia, boby przez późniejsze blizny mogło zwężenie powrócić. Narzędzie S. są to nożyczki czterolistne, których części przy zamykaniu rękojeści od siebie się oddalają. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2).

Dr. Baschkopf.

Toksykologija.

E. Sehrwald (Jena): **O żrącem działaniu bromu.**

Znany jest tylko jeden przypadek wewnętrznego otrucia płynnym bromem, którego w zamiarze samobójczym mężczyzna wypił 30 gramów; śmierć nastąpiła po 7½ godziny. Zdawałoby się, że oparzenia zewnętrzne bromem powinny być o wiele częstszemi wobec rozległego zastosowania w technice, a przedewszystkiem w pracowniach i tylko dzięki zarządzonym ostrożnościom są one nadzwyczaj rzadkiemi; przeciwnie nawet twierdzą kierownicy fabryk, że robotnicy odznaczają się szczególnie dobrym stanem zdrowia, co się tłomaczy tem, że brom wskutek swéj znacznéj siły odrażającéj po pierwsze czyni powietrze w fabrykach jałowem, a po drugie rozwija może jeszcze działanie przeciwgnilne w jamie ustnéj i nosowéj, czem zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia u robotników. Przypadek, który S. spostrzegał, nastręcza mu sposobność dotknięcia pytania, w jaki sposób można najodpowiedniéj leczyć oparzenia bromem i jego parą. Lekarz zajęty w pracowni wylał przy przygotowaniu ługu bromowego 5 gramów czystego bromu, zmięszanego z 20 gramami rozcieńczonego ługu potasowego, przez nieostrożność na prawą rękę, która uległa rozległemu wyżarciu; skóra była silnie żółto zabarwiona, przyskórek podnosił się na znacznéj przestrzeni w postaci dużych pęcherzy, a bolesność była znaczną. Działanie żrące bromu polega na jego silnem powinowactwie do wody. Części oparzone bromem odznaczają się złą skłonnością do gojenia. Na błony śluzowe działa brom w podwójny sposób: po pierwsze sprowadza wysokiego stopnia stan zapalny, po drugie wywiera silne drażnienie na nerwy czuciowe, sprowadzając ból i gwałtowne odruchy. Objawy zapalne występują szczególnie wybitnie na spojówce i błonie śluzowéj nosa, daléj krtani i oskrzeli; odruchy objawiają się łzawieniem, ślinieniem, wzmożonem wydzielaniem błony śluzowéj nosa i gardła, kaszlem, uczuciem trwogi i duszności, mogącéj się potęgować do zupełnego skurczu głośni i uduszenia. Przy leczeniu oparzenia skóry bromem jest pierwszem zadaniem wszystek brom przez tkanki jeszcze nie związany o ile można jak najprędzéj i najdokładniéj usunąć. Z spostrzeżeń autora wynika, że w takich przypadkach jest rozcieńczony kwas karbolowy jako odtrutka i środek znieczulający najodpowiedniejszym i że również wobec zadraźnienia błon śluzowych przez parę bromu i następowo występujących objawów ogólnych jest wdychanie pary zgęszczonego płynnego kwasu karbolowego prawie środkiem swoistym i zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi dotychczas poleconemi środkami. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 25 i 26).

Dr. Baschkopf.

V. Listy z Albanii

Dr. W. Jabłonowskiego.

I.

Kraj, z którego zdrowotnemi stosunkami mam zamiar zapoznać szerszy nasz ogół, pod względem geograficznego położenia i bytu zamieszkujących go plemion opisany przez turystów, zasługuje, aby i lekarze zwrócili nań swą uwagę. Po dżumie w Mezopotamii i Persyi, cholera w Istryi i Dalmacyi powołała mnie znowu na posterunek kresowy i to właśnie do prowincyi, któréj sanitarne szczegóły będą przedmiotem niniejszych listów. Obeznany z plagą prowincyj biblijnych, zahartowany strasznym widokiem zniszczonych miejscowości, zostałem uznany za najodpowiedniejszego do ochronnego czuwania na jednéj ze straconych wedet, jakiemi łaskawie nam panujący postanowił otoczyć granicę pozostałych mu jeszcze posiadłości europejskich. W Turcyi wszakże znaleźć gotowych do spotkania się z zarazą, lub zbliżenia się tylko ku okolicom już dotkniętym, nie jest to rzeczą łatwą. Wydatne siły w stolicy nie troszczą się o epidemije na kresach, a w licznym zastępie młodych szermierzy jeszcze się nie utrwaliło przekonanie o potrzebie znajomości policyi sanitarnéj. Ztąd też, aby wybrnąć z kłopotu, należało podług praktykowanéj tu zasady zwrócić się ku obcym. I gdy wielu zżyma się i formalizuje wobec ofiarowanych im misyj sanitarnych, jedni tylko Polacy zwykli nieodstępować chorągwi, biegnąc bez zwloki tam, gdzie zysk korzyści naukowych wymaga nieraz nieograniczonego poświęcenia się.

Charakter, z jakim się rozwijała i szerzyła cholera w krajach graniczących z Turcyją, zdumiewające prawdziwie przerzuty zarazy z jednego ogniska w drugie, jakkolwiek podciągane pod nazwę choroby umiejscowiającéj się, tem więcéj jeszcze zatrważały nasz ogól pamiętający morderczą epidemiję 65-go roku i wierzący w możność łatwego przerzucenia się złego przez granicę. Ku tym więc punktom zwróciły najwprzód baczność władze tureckie. I gdy międzynarodowa rada zdrowia w Stambule, przyklasnąwszy godnym wysokiego uznania usiłowaniom zarządu sanitarnego w Tryjeście, sama także działać postanowiła, rozkazy z gabinetu sułtana, dopytywania się i instrukcyje częste, ścisłe i grożące odpowiedzialnością, przyspieszyły przystąpienie do czynu.

Korzystając z zadowalającego stanu zdrowotnego tak w prowincyjach europejskich jak i azyjatyckich, pokładając zaufanie w energicznem i wytrwałem działaniu lekarzy sanitarnych w urzędach od dawna ustalonych po wybrzeżach Adryjatyku, mając wreszcie w porcie Valony stacyję kwarantanową pod oddzielną dyrekcyją naszego rodaka Dr. Obermayera, władza wzmocniła jeszcze te punkty posterunkami wojskowemi, wysłała trzy parostatki z rozkazem czuwania nad ruchem żeglugi na przestrzeni od zatoki Arta aż do przystani Meduas i tak zaspokojona z téj strony mogła zwrócić szczególną uwagę na sąsiada Czarnogórca. Cholera tymczasem szerzyła się w Istryi. W następstwie nieustającego ruchu podróżnych, Spalato i Metkowic także zaznaczyły się kilkoma przypadkami. Postęp tedy zarazy ku dalszym południowo wschodnim okolicom Dalmacyi można było uważać za pewny i przerzucenie się jéj na terytoryjum tureckie za bardzo prawdopodobne. Wprawdzie od okolic zakażonych oddzielała nas jeszcze Czarnogóra ze swym, o ile olbrzymim, o tyle i malowniczym systemem orograficznym, poprzerzynanym niezliczoną ilością drożynek i przejść znanych i dostępnych tylko dla górali, wszystkich jednak zbiegających ku jezioru skutarskiemu, porzeczu Bojany i staréj stolicy albańskiéj, dzisiejszym Skutarom. Że zaś tak od strony morza, na linii Antywary-Dulcigno, jak również i od lądu, rząd księcia Nikity, pomimo, że bezpośrednio interesowany, nie przedsięwziął żadnych ostrożności sanitarnych, nam więc dostało się w udziale zamknąć granicę dla wszystkiego, co pochodzi z Czarnogóry i rozwinąć tu całą czujność sanitarną. Bo jakkolwiek poddani księcia-poety raz tylko i to przed 30 tu laty zostali przetrzebieni przez cholerę, to jednak i pomimo różnicy, jaka w stosunkach zdrowotnych Czarnogóry zaszła od tego czasu, nie należało zapominać, że uważane za wyborne warunki klimatyczne mogą przecież zachwiać się pod prądem zbliżającéj się plagi. Przypuszczam, że i zdanie księcia i opinija jedynego nadwornego lekarza nie mogły być odmienne. I tylko zaufanie, że władze austryjackie od strony Cattaro i Spiza ściśle obserwują zastosowanie regulaminu sanitarnego, i jak już nieraz wyprowadziły z kłopotu, tak i teraz pospieszą z pomocą, stało się powodem, że tak w swych przystaniach, jak

i od strony suchéj granicy, Czarnogóra żadnych ostrożności nie przedsięwzięła w przekonaniu, że kwarantana w portach dalmackich jest aż nadto wystarczającą.

Takie znalazłem położenie przybywszy na pogranicze górnéj Albanii. Bez zwłoki też pas przedzielający nas od Czarnogóry przeobrażono w obozowisko posterunków wojskowych i dwa parostatki na jeziorze skutarskiem otrzymały rozkaz powstrzymać ruch łodzi przybywających od strony Rycka i Podgorycy. Był to pierwszy krok, jakim dano uczuć księciu Nikoli siłę regulaminów sanitarnych, zagrażających pogorszeniem się warunków ekonomicznych burzliwego kraiku, lecz zabezpieczających mieszkańców Albanii od zbliżającéj się plagi. Gdy zaś w następstwie skarg i protestów uprzejmego dziś sąsiada rada zdrowia zgodziła się pozwolić na przejazd podróżnych z Czarnogóry, z warunkiem poddania się 10-cio dniowéj kwarantanie, wtedy i moja czynność misyjna stała się wydatniejszą. Bo ustanowione posterunki kwarantanowe, zastosowanie odwietrzań i potrzeba ciągłego przenoszenia się z jednéj miejscowości do drugiéj pozwoliły mi zapoznać się z ustrojem zdrowotnym, klimatem i etyjologiją stanów chorobowych, słowem, ułatwiły mi zebranie pewnych szczegółów, mogących się na coś przydać, jako pochodzących z kraju tak mało nam znanego, a przeznaczonego zdaje się uledz losowi, jakim się cieszy Hercogowina i Bośnia, a zatem mogącego w przyszłości być ciekawem i obszernem polem działania dla niejednego z naszych młodych kolegów.

II.

Uwzględniając charakter ostatnich wybuchów cholery w Europie, daleko łagodniejszy od tego, z jakim grasowały dawniejsze jéj epidemije; przypuszczając, że zastosowane na czasie i ściśle przeprowadzone środki zapobiegawcze także mogły odegrać pewną rolę, widzimy, że zaraza, jakkolwiek po kilka razy zbliżała się ku granicom posiadłości tureckich, to jednak i tym razem wstecznym niejako odskokiem uszanowała zapobiegliwość policyi sanitarnéj. Z przyjemnością też mogę zacytować, że usiłowania urzędników sanitarnych znalazły wszędzie ze strony władz cywilnych i wojskowych gotowość i poparcie niepraktykowane w poprzednich epokach. I jak w każdéj innej groźnéj okoliczności, tak i teraz, ów tu fanatyzm patryjotyczny z całą ofiarnością odpowiedział głosowi panującego i przestrogom o zbliżającem się niebezpieczeństwie. Więc też gdy i tym razem posiadłości tureckie ochronną ręką zostały wolne od strasznéj téj plagi, pomimo nawet, że ciemne masy ludu zamordowały w Mitrowicy lekarza sanitarnego, a w Pryzrendzie telegrafistę, trzeźwo i wytrwale czuwających nad stanem zdrowotnym okolicy, ostrożności zapobiegawcze w pasie granicznym nie doznały przerwy w ciągu całych siedmiu miesięcy, t. j. aż do chwili, gdy buletyny z Tryjestu, Fiume i Dalmacyi zaznaczyły powrót prawidłowych stosunków zdrowotnych w tych prowincyjach. Wtedy to utrzymywana dotąd na pograniczu 10-cio dniowa kwarantana została zredukowaną do dni pięciu. Wkrótce i tę ostatnią zastąpiono pojedynczą wizytą lekarską przybywających lądem, a wreszcie z dniem 9 lutego i tę sanitarną ostrożność uznano za zbyteczną. Lecz w chwili właśnie, gdy lepszy nieco humor zaczął ożywiać ogół tutejszy, narzekający na utrudnione kwarantaną stosunki handlowe z sąsiadami, wybuch cholery w Osieku, nieco późniéj w Catanii, zatrwożywszy masy, przerwał i nasz krótki tu spokój. Była to niejako wskazówka, że w utrzymaniu zastosowanych środków ostrożności nigdy nie należy się opóźniać, ani też spieszyć się z ich zniesieniem. Dzięki jednak energii, z jaką władza sanitarna w Slawonii działała przeciwko małéj szpitalnéj epidemii w Osieku, zaraza poddawszy się umiejscowieniu, nie przedostała się na południe. To też po upływie 20 dni rutynowych czuwań i kłopotów posterunki wojskowe z nad granicy zostały usunięte, żółta chorągiew zwiniętą i wstęp do Albanii został dozwolony dla każdego. Jak jednak długo potrwa podobnie pomyślny stan rzeczy, to czas pokaże. Aby zaś go nie stracić, korzystam z chwilowéj równowagi i spieszę opowiedzeniem tutejszych warunków klimatycznych ocenić ogólną sytuacyję sanitarną w prowincyi.

Geograficzne ukształtowanie się Albanii pozwala mi pozostać przy zdaniu pewnych europejskich klimatologów utrzymujących, że podobnie innym posiadłościom tureckim i ta strona półwyspu bałkańskiego pod względem swego klimatu i jego wpływów na zdrowie mieszkańców daje się podzielić na kilka odmiennych pasów.

W istocie rozpatrując się w szczegółach prowincyi położonéj między 30° i 42° sz. i 37° i 39° dł., przeciwległéj zatem południowym Włochom, stosownie do danych topograficznych podzielimy Albanię na północną, od wschodniéj granicy czarnogórskiéj aż do porzecza Szkumbi i południową, sięgającą do zatoki Arty (dawniéj Ambrozyjskiéj) i oddzielonéj od posiadłości greckich pasmem Pindaru. W pierwszéj czyli górnéj różnica, z jaką się uwydatnia charakter warunków klimatycznych, jest bardzo uderzającą. I pomimo, że w czasach dominacyj rzymskich i późniejszych prowincyja ta cieszyła się uznaniem posiadania wybornych warunków klimatycznych, wtedy gdy zachodnie okolice Skutar, zwane dzisiaj Kraina, Buszaty i Kalmety były uważane za stacyje sanitarne, to jednak z biegiem wieków warunki te zupełnéj uległy zmianie. Dziś nikt tu nie postąpi za przykładem Cycerona i towarzyszy Pompejusza i nie tylko, że się nie osiedli w okolicach takiego Durazzo lub Valony, lecz będzie się starał ominąć je, lub przynajmniéj skrócić tu swój pobyt. Powodem tego są obszerne bagniska, które wzięte jako pierwszy pas klimatyczny wypada ściśléj określić.

Najbardziéj wysuniętą na północ jest czterokilometrowa przestrzeń bagnista, zwana „Gowedży-brod,“ która rozciągając się po całem wschodniem wybrzeżu jeziora skutarskiego, łącząc się z obszernemi dolinami „Fuscia stoi“ i „Lama spahiwe“, przechodzi w płaską przestrzeń zwaną „Zadryma“, stale podtrzymując zły stan zdrowotny téj okolicy. Obfite porosty roślinne, gnijące pnie starych wierzb, niezliczona ilość ptactwa, całe stada pelikanów, czapli, gęsi, kormoranów itp. tu się hodujących i ginących, nie prześladowanych przez Albańczyka pogardzającego tym drobiazgiem, bo usposobionego polować na grubszego zwierza, jak n. p. człowieka, wreszcie napływ nieczystości z jeziora przy każdorazowem wezbraniu jego wód, powiększają rozkład istot organicznych i z dniem każdym pogarszają warunki klimatyczne téj miejscowości. Przechodząc daléj na porzecze rzeki Bojany, już to jéj częste wylewy, już to nagromadzanie się mułu zawsze zawierającego pierwiastki organiczne czynią, że całe porzecze téj jedynéj spławnéj rzeki znane jest ze swych szkodliwych wyziewów bagiennych, których najwydatniejszy zasób przy jeziorze Szassi i w dolinie Freskaniet podtrzymuje przesąd ludu, wierzącego w działanie nadnaturalnych sił. Okolicą zaś, gdzie ustrój stosunków zdrowotnych stale jest minowany wpływem wyziewów bagiennych, jest cała obszerna przestrzeń porzecza Drynu, poczynając od wsi Berdyca i Barbuluszu i dochodząc aż ku ujściom rzeki do Adryjatyku. Kilka jéj ramion rozgałęzia się w pobiżu miasteczka Alessio, zbliża się ku zatoce Medua, wytwarzając ścieki gnijących kałuż, których powierzchnia okryta porostami sitowia zdradza tem samem swą klimatyczną doniosłość. To też choć tylko w miniaturze okolice te dadzą się porównać do sławnych rzymskich „Marenów.“ Bo podobnie jak tam, tak i tutaj osady wiejskie zostały opuszczone przez mieszkańców nie już dziesiątkowanych zimnicą, lecz dosłownie wyniszczonych jéj charłaczemi następstwy. To też tylko kopuła kapliczki, lub tu i owdzie sterczący dymnik przypominają, że i tutaj kiedyś kwitnęło życie!

Daléj, przenosząc naszą uwagę po nad albańskie wybrzeże Adryjatyku, spotykamy okolicę zwaną „Bregmatya“, która poprzerzynana paroma ramionami Drynu i Matya, zalewana strumieniami spływającemi z górskiego pasma Bokyan, stanowi obszerną bagnistą kotlinę, żywiącą wprawdzie dość znaczne porosty olchy i wierzby, lecz z powodu grubych pokładów trudno przenikalnéj gliny wstrętną jakością pokrywającéj ją wody. Minąwszy zaś porzecze Matya i dążąc na południe, bagnisko Manegel znowu zatrzymuje nasz pochód. Osad wiejskich nie spostrzegamy tu prawie, bo cała przestrzeń aż do porzecza Droja i Ismi jest zaledwie dostępną dla wytrwałych tutejszych pasterzy, korzystających z łąk w mniej bagnistym lesie Speret. Odtąd aż do przylądka Ko-

dani zaokrąglającego zatokę Drynu spotykamy nieznaczne tylko bagniska, łatwo podsychające wskutek zmywania ich wodą morską. I gdy bez szwanku na zdrowiu uda się podróżnemu wybrnąć z téj krainy, wtedy wynagradzając sobie znużenie panoramą doliny Laty, powabem jéj lasów, wydatnem pasmem górskiem „Mały Kukuk“, „Barzas“ i „Pula Valnina“ wpośród licznych wiosek dostać się można do okolicy rzeki Arzen, a po za nią widok wspaniałego szczytu „Dures“ przywabia ku sobie, lecz zarazem i przykro rozczaruje. Ztąd to bowiem znowu rozpoczynają się obszerne bagniska, które zaznaczone okolicą Durazzo z miasteczkami Kawoja i Pekini, dążą ku porzeczu Szkumbi, wytwarzając nie głęboki, lecz obszerny staw Terbuf i Mernę, przechodzą w dolinę Musakya i Karatoprak. Tutaj zasilane mętną wodą rzeki Vojucy zapowietrzają całą okolicę Valony, zmniejszając się coraz to bardziéj w miarę zbliżania się ku wybrzeżu Khimara. Po za tym jeszcze tu i owdzie w większéj lub mniejszéj oddali od wybrzeża morza spotykają się jeszcze bagniste kałuże. Lecz bliżéj miasteczka Pargha charakter okolicy zupełnie się zmienia i dostrzegane zarosty pomarańczy i cedru zapewniają niejako o lepszych warunkach klimatu.

Tak się przedstawia pas bagnisk albańskich, którego mieszkańcy pod wpływem zabójczych wyziewów wytworzyli sobie uświęcone tradycyją zdanie, że nie przebyć tu zimnicy, to fakt niezgodny z bytem tutejszego obywatela! Nikt też nie bywa od niéj wolny. Niemowlę w kolebce i starzec, jakkolwiek bardzo tu rzadki, wszyscy i zarówno jéj ulegają. Tak, że tydzień spędzony w okolicach Alessio, Durazzo lub Valony wystarcza już, aby być zmuszonym do zapoznania się z szeregiem najrozmaitszych przeciw-zimniczych derywatów chemicznych, na nieszczęście rzadko dających tu oczekiwany i pewny gdzieindziéj skutek. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 18537 **Okólnik.**

W skutek reskryptu JE. Ministra spraw wewnętrznych z dnia 4 września r. z. L. 15670 Wysokie c. k. Namiestnictwo okólnikiem z d. 11 czerwca b. r. L. 28682, niemniéj sprostowaniem treści ustępu *C* tegoż okólnika nadesłanem przy reskrypcie z d. 22 lipca b. r. L. 29474 wydało następujące orzeczenie, dotyczące wydawania przez Władze polityczne 1-széj instancyi koncesyj na otworzenie nowych i uporządkowanie już istniejących chajderów:

1. Koncesya na chajder może być udzieloną tylko w tym razie, jeżeli lekarz urzędowy wyda orzeczenie pisemne, że lokal przeznaczony na chajder odpowiada warunkom sanitarnym i higienicznym. — Jako główniejsze z tych warunków oznacza się następujące:

a) lokal przeznaczony na chajder powinien znajdować się w budynku, który posiada warunki higieniczne pod względem mieszkalnym tak co do położenia jak urządzenia, mianowicie budynek ma być położony w zdrowem miejscu z ułatwionym przystępem dla świeżego powietrza, ma być suchym, mieć odpowiednie światło i czyste podwórze, wychodki należycie urządzone i czysto utrzymane, a jeżeli izba szkolna ma być urządzona na piętrze, to schody mają być dostatecznie oświetlone, wygodne dla dzieci i poręczami zabezpieczone;

b) izba szkolna może służyć tylko do celów naukowych, nie może być więc zarazem mieszkaniem lub sypialnią, nie wolno bezwarunkowo w niéj gotować lub prać i niepowinna przytykać do takiego warsztatu lub zakładu przemysłowego, któryby szkodliwie wpływał na zdrowie ludzkie. Izba szkolna musi mieć suche ściany, podłogę, piec od wewnątrz opalany, dosyć światła, okna mają być wysokie, zaopatrzone w wentylatory i nie mogą wychodzić na północ, a światło winno przychodzić z lewéj strony, ściany mają być czysto wybielone lub jednokolorowo pomalowane;

c) wielkość izby szkolnéj odpowiadać musi liczbie uczniów, na każdego ucznia liczyć należy co najmniéj 0·5 metra² (kwadratowego) powierzchni, przestrzeń powietrza zaś na jednego ucznia przypadająca wynosić ma co najmniéj 4 metry³ (sześcienne);

d) ciągłe utrzymywanie czystości i porządku w izbie szkolnéj jest kardynalnym warunkiem; niemniéj urządzenie izby szkolnéj powinno być odpowiednie celowi, mianowicie mogą być umieszczone tylko sprzęty potrzebne do użytku szkolnego, jak ławki, stoły, a ławki winny być rozmaitéj wysokości stósownie do wieku dzieci i do wygodnego siedzenia urządzone;

e) wychodki w podwórzu urządzone z dogodnym przystępem winny być urządzone stósownie dla małych dzieci, mieć należyty kanał, być czysto utrzymywane i od czasu do czasu desinfekcyjonowane.

Magistrat m. Krakowa, dnia 12 sierpnia 1889 r.

Prof. Uffelmann. **O odrażaniu wypróżnień jelitowych.**

Do odrażania wypróżnień jelitowych, pochodzących od chorych na dur, czerwonkę i cholerę, polecono i zastosowano najrozmaitsze środki. Przepis berliński żąda odrażania stolców zapomocą 5% kwasu karbolowego; rozporządzenie W. Ks. badeńskiego każe stolce durowych uczynić nieszkodliwemi przez zakopanie w znacznéj głębokości, w Belgii polecają w tym celu mieszaninę witryjolu żelaza, witryjolu cynku i soli, w Wiedniu mieszaninę z 500 gr. witryjolu żelaza, 1000 gr. surowego kwasu karbolowego, rozpuszczone w 6000 litrach gorącéj wody, przepisy w Bostonie i Paryżu 5% roczczyn chlorku cynkowego. Cammerer twierdzi, że można stolce na pewne kwasem karbolowym odrazić, jeżeli się go dodaje w takiéj ilości, że na 20 części wypróżnień przypada 1 cz. kwasu karbolowego; Zülzer poleca czynić je nieszkodliwemi zapomocą 5% kwasu karbolowego, lub 2% roczczynu sublimatu, Wiltschura twierdzi, że stolce durowe można na pewne odrazić przez polanie czterokrotną ilością wrzącéj wody, a Wassiliew poleca dla wypróżnień czerwonkowych, durowych i cholerycznych w szpitalach następujące postępowanie: wypróżnienia przeprowadza się z rezerwoarów do kotłów hermetycznie zamykalnych, o podwójnych ścianach, wytrzymujących ciśnienie 2—5ciu atmosfer, potem zamyka się kocioł i ogrzewa parę tak, aby ciepłota w środku przewyższała 100° C. Gdy gorąco dostatecznie długo działało, otwiera się kurki, wtedy treść kotła przepływa do rury, w któréj się miesza z wodą, a ztąd do ścieku. Nigdzie jednak nie jest podane, jak długo środek do odrażenia służący, działać powinien, aby na pewne wypróżnienia jelitowe uczynić nieszkodliwemi, a jest to pytaniem bardzo ważnem. Z tego powodu badał U., jakiemi środkami osiągnąć można pewne odrażenie stolców zakaźnych, a do badania używał wypróżnień w durze, w czerwonce nieżytowéj, kału i moczu z dodatkiem prątków Ebertowskich i cholerycznych; stosował zaś następujące środki: kwas siarkowy i solny, oba z wodą 1 na 1, lub 1 cz. kwasu rozcieńczona 2 cz. wody, kwas karbolowy w roczczynie 5%, sublimat 2 p. m. i 2 p. m. w roczczynie HCl., ług potasowy w 35%, wapna gryzącego, świeżo przygotowanego, mleko wapienne, kreolinę w mieszaninie 12·5 cz. na 87·5 cz. wody i wrzącą wodę. Wynik doświadczeń jest następujący: Najskuteczniéj działały kwasy mineralne, które w podanem rozcieńczeniu po 2 wzgl. 12-to godzinnem działaniu niszczyły wszystkie w stolcach znachodzące się zarodki. Obok nich okazały się najskuteczniejszemi: kwaśny roczczyn sublimatu i wodą rozcieńczony ług potasowy. 5% kw. karbolowy nie zabijał jeszcze po 1-o godzinnem działaniu wszystkich w stolcach znajdujących się prątków Eberta, ale po 24-o godzinnem działaniu te i prawie wszystkie inne zarodki. Także 12·5% kreolina niszczyła prawie wszystkie zarodki po 24-o godzinnem zadziałaniu. Wapno gryzące okazało się w obec dodatku 0·1 do 10 gr. nawet po dłuższem działaniu niepewnym środkiem odrażającym, lecz po dodaniu 0·25 do 10 gr. i 24-o godzinnem działaniu środkiem prawie pewnym. Nie kwaśny roczczyn sublimatu nawet po 24-o godzinnem działaniu nie mógł zawsze niszczyć wszystkich zarodków i pozostawiał przy krótszem działaniu (od 1/4 god.) prawie wszystkie zarodki, a nawet prątki tyfusowe przy życiu. Zupełnie bezskutecznem było polewanie stolców wrzącą wodą. (*B. K. Woch.* 1889 N. 25).

Dr. Baschkopf.

Prof. J. Forster (Amsterdam): **O kreolinie.** A. Henle (Göttinga): **O kreolinie i jéj działających składnikach.**

Kreolina, któréj skład i sposób przygotowania nie jest jeszcze dokładnie znanym, jest znakomitym środkiem odrażającym. Zabija ona prątki durowe i choleryczne w kilku minutach, jeżeli ją zmieszamy z płynami, zawierającemi te rodzaje prątków,

choćby tylko w ilości 0,5, względnie 0,1%. Kreolina jest wygodną do użycia, w stanie rozcieńczonym nie posiada wybitnie trujących własności i tworzy nawet jeszcze w ilościach 10—15% z wodą lub innemi płynami natychmiast względnie jednostajną i trwałą zawiesinę. Prawdopodobnie więc środek ten okaże się w praktyce przewyższającym wszystkie inne środki odrażające w celach odrażania i oczyszczania bielizny i sukien, naczyń i przyrządów mebli i podłóg w pokojach mieszkalnych i sypialniach, odrażania i odwonienia wypróżnień i t p. do domowego odrażania według przepisów lekarza. W zakładzie hygienicznym w Amsterdamie badał i porównywał F. odrażające własności kreoliny amsterdamskiéj z znaną kreoliną Pearsona. Do badania używał odchodów stolcowych, prątków durowych, cholerycznych i drobnoustrojów Beri-Beri Pekelharinga i przekonał się, że kreolina posiada dla praktyki bardzo ważne własności odrażające, a nadto, że przetwór amsterdamski jako środek odrażający nie jest gorszym od kreoliny Pearsonowskiéj.

Henle badał i porównywał w zakładzie hygijenicznym w Gietyndze działanie odrażające dwu przetworów kreoliny Pearsona i Artmanna. Omawiając skład chemiczny kreoliny A., potwierdza H., że wprawdzie nie jest ona zupełnie wolną od fenolów, lecz zawiera tylko małe ilości takowych; zawiera natomiast więcéj naftaliny, niż wyrób angielski, a następnie zawiera pyrydynę. Przy badaniu bakteryjologicznem śledził przedewszystkiem, jak się w ogóle zachowują mięszaniny środków odrażających, gdyż kreolina jest mięszaniną kilku środków przeciwgnilnych i wyraża się przychylnie o działaniu zmięszanych środków przeciwgnilnych; natomiast okazało się działanie odrażające kreoliny A. daleko mniejszem w porównaniu z przetworem angielskim. Fenole, obojętne żywiczne węgleki wodu i mydło żywiczne są składnikami, którym kreolina zawdzięcza przeciwgnilne własności; wypuszczenie jednego z tych składników wystarcza, aby te własności znacznie osłabić. Ważną rzeczą daléj jest zawieszenie, które przez dyffuzyję powiększa działanie kreoliny. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

† *Medicinski Priegled* podaje spis lekarzy, mających prawo praktyki w Bułgaryi. Lekarzy jest tam 204, weterynarzy 18. Z nich: Bułgarów i tych, którzy przyjęli obywatelstwo bułgarskie jest 109, Greków 39, poddanych rosyjskich (przeważnie Polaków i Żydów) 28, poddanych austryjackich (Chorwatów, Polaków i Żydów) 17, tureckich 14 (w téj liczbie 10 Ormianów) i t. d. Z 204 lekarzy otrzymali wykształcenie w Grecyi 43, w Turcyi 37, w Rosyi 31 (3 kobiety), we Francyi 30, w Austryi 20, w Rumunii 16, w Niemczech 9, w Szwajcaryi 5, we Włoszech 4, w Ameryce 3 i t. d.

† Turecki minister spraw wewnętrznych wydał rozporządzenie, mocą którego lekarze, którzy chcą praktykować w Konstantynopolu, powinni zdać egzamin przed profesorami tamtejszéj szkoły wojskowo-medycznéj i zapłacić jednorazowy podatek w wysokości 35 rubli złotem.

† W Bombayu zaczęto budować pracownię przeznaczoną wyłącznie dla badania miejscowych roślin.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 12 września. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanownéj Redakcyi

donoszę uprzejmie, że I. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się stanowczo dnia 16 i 17 października r. b. w Krakowie.

W dniu poprzednim nastąpi poświęcenie gmachu nowéj kliniki chirurgicznéj.

Chorych przeznaczonych do przedstawienia przyjmuje na czas Zjazdu klinika chirurgiczna bezpłatnie; tamże można przesyłać przyrządy i preparaty.

Zjazd zapowiada się świetnie: wielu Kolegów znakomitych przyrzekło już, że wezmą udział; kilku zapowiedziało odczyty, które poniżéj ogłaszam, upraszając o łaskawe dalsze podawanie tematów.

Z szacunkiem: *Prof. Rydygier.*

Spis wykładów zapowiedzianych.

1. Dr. Obaliński: O wyłuszczeniu wola sposobem Socina na podstawie własnych licznych spostrzeżeń.

Oprócz tego będzie miał sposobność poczynienia uwag przy demonstracyi niektórych przypadków na oddziale.

2. Dr. Wehr: O zasadach udzielania pierwszéj pomocy rannym w najbliższéj wojnie.

3. Tenże: Przypadek rany postrzałowéj tętnicy *carotis communis*.

4. Tenże: Przedstawienie przypadku po wypiłowaniu stawu biodrowego przed 7-miu latami wykonanem z powodu rany postrzałowéj biodra.

5. Tenże: Przypadek wyleczonéj przez operacyję aktinomykozy brzusznéj dwa lata trwającéj.

6. Dr. Ziembiński: Dwa odczyty z dziedziny chirurgii dróg moczowych.

7. Dr. Ziemiński: Operacyjne leczenie jaglicy spojówki oka (*trachoma*).

8. Dr. Gabryszewski: Wyniki ostateczne po wypiłowaniach stawu biodrowego i kolanowego, osiągnięte w klinice krakowskiéj w ostatnich 7 latach (z przedstawieniem chorych).

9. Dr. Steuermark: Badania eksperymentalne nad zachowaniem się ciał obcych w ranach, mianowicie postrzałowych.

10. Dr. Langie: O wilku pierwotnym w krtani.

11. Dr. Bogdanik: O rezekcyi odbytnicy przy wypadnięciu tejże.

12. Tenże: O materyjale używanym do szwów i podwiązek.

13. Dr. Rydygier: O leczeniu ran aseptycznem.

14. Tenże: Nowy sposób leczenia mięśnio-włókniaków (*myo-fibroma*) macicy (z przedstawieniem operowanéj).

15. Tenże: przedstawienie ciekawszych przypadków z kliniki.

* Redaktor *Przeglądu Lekarskiego* powrócił z wakacyj i objął swoje czynności.

* Kursa przygotowawcze do egzaminów fizykackich w listopadzie odbyć się mających rozpoczynają się d. 21 września.

* W Krynicy do 2 b. m. było gości 4078, w Żegiestowie 718.

† *Russkij Kurjer* podaje, że w moskiewskim uniwersytecie ma być urządzone oświetlenie elektryczne w pracowniach fizycznéj, chemicznéj i w teatrze anatomicznym.

Kijów. Mieszkańcy Kijowa doznali głębokiego wzruszenia, wywołanego samobójczą śmiercią Dra Finkela, nader wziętego i popularnego położnika tutejszego. Pod wpływem znacznych strat pieniężnych uległ on wybitnemu pognębieniu, ale czynności lekarskich nie zaprzestał do saméj śmierci. Znaczna dawka morfiny, zażyta w celu samobójczym, położyła kres życiu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. nadzwycz. Rudolf Chrobak mianowany prof. zwyczajnym położnictwa i dyrektorem kliniki osieroconéj wskutek śmierci Breisky'ego. (Urodzony w Opawie w Szląsku austr. w r. 1840). Docent prywatny Dr. Alojzy Dalla Rosa mianowany nadzwycz. prof. anatomii opisowéj. — **Insbruk.** Katedrę anatomii opisowej otrzymał nadzw. prof. wrocławski Dr. Wilhelm Roux. — **Amsterdam.** Prof. Korteweg z Groningi mianowany został prof. chirurgii. — **Budapeszt.** Dr. Samuel Róna habilitował się jako docent chorób skórnych i syfilidologii. — **Klausenburg.** Prymaryjusz w Budapeszcie Dr. Karol Lechner mianowany zwycz. prof. psychijatryi. — **Hala.** Prof. nadzwycz. farmakologii Dr. E. Harnack mianowany został prof. zwyczajnym. — **Warszawa.** Proff. nadzw. Łukjanow i Tumas mianowani zostali proff. zwyczajnymi. — **Praga.** Katedrę kliniczną Kahlera otrzymał Dr. Rudolf Jaksch-Wartenhorst, dotychczasowy prof. pedyjatryi w Grazu. (Ur. w r. 1855 w Pradze).

* **Odznaczenie.** Referent sanitarny w Salzburgu Dr. Wacław Güntner, przeniesiony w stan spoczynku, otrzymał order korony żelaznéj 3-ciéj klasy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 9: Adamkiewicza: Pachymeningitis hypertr. (dok.); Biernackiego. Badania nad działaniem środków przeciwgnilnych na ferment. wyskokową (c. d.); Karlińskiego: Przyczynek do znajomości duru brzusznego o nietyp. przebiegu (dok.); Zielewicza: Nerwica urazowa; Strojnowskiego: Rzadki przyp. tyfusu powr.; Szumana: Słowo o lecz. większych oparzeń.— W *Gazecie Lek.* Nr. 36.: Zaleskiego: Uproszczenie mikrochem. odczynów na żelazo; Fabijana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego (c. d.); Warmana: O kw. kamforowym i jego działaniu przeciwgnilnem. — W *Medycynie* Nr. 36: Radziszewskiego: Kilka obserwacyj do działu okulistyki.

Redakcyja otrzymała:

D. KOLIŃSKI: Przyczynek do nauki o odżywianiu oka. (Odbitka z *Pam. Lek. Warsz.*). Warszawa 1889, in 8-vo, str. 20 z tabl. litograf.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 21 Września 1889. Nr. 38.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O zabiegach plastycznych dla pokrycia większych ubytków i owrzodzeń.

Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia 15-go lipca b. r.
przez

Dra Aleksandra Bossowskiego,
I. Asystenta kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

Zabiegi plastyczne, w celu zastąpienia ubytków skóry z owrzodzenia lub operacyi powstałych, znajdują tak obszerne w chirurgii pole do zastósowania, że wydoskonalenie metod w tym kierunku wskazanem było samą potrzebą, tym najdzielniejszym bodźcem na drodze postępu i wynalazków.

A jednak sprawa plastyczna, lubo oddawna zaciążyła na porządku dziennym chirurgii, w ostatnich dopiero czasach zapisać może trwalsze, bo na pewniejszych podstawach oparte zdobycze, o ile to dotyczy przypadków, w których przeszczepienie płatów skóry z najbliższéj okolicy na ubytek natrafia na przeszkodę, czy to z powodu nadmiernéj wielkości tegoż czy też z powodu zmian na skórze przyległéj. Pojedyncze zakończone powodzeniem próby z lat dawniejszych nie zyskały wprawdzie uznania ogólnego, posłużyły jednak bezsprzecznie do rozwoju i wydoskonalenia metod dzisiaj przyjętych. Dokładniejszemu poznaniu zmian anatomicznych w przebiegu przyrastania skóry i przestrzeganiu prawideł antyseptycznych przypisać należy pomyślne wyniki, osiągnięte przy pomocy metod najnowszych, dziś jasno określonych i dobrze uzasadnionych.

Przeważna część zabiegów plastycznych, których rozwiązanie tak było pożądanem, odbywa się wobec wrzodów, jako t. z. helkoplastyka, która stanowi też punkt wyjścia rozmaitych sposobów plastycznych.

Już w r. 1818 podaje Graefe nową metodę dorabiania sztucznego nosa przez przeszczepianie świeżego płatu uszypułkowanego zaraz po wycięciu go ze skóry ramienia na ubytek nosa i nazywa sposób swój niemieckim w przeciwieństwie do włoskiéj metody Tagliacozzego, który przenosił na ubytek nosa płat wykrojony z ramienia dopiero w okresie wybujania ziarniny na rannéj tegoż powierzchni. Po licznych niepowodzeniach udatne nawet wyniki tego postępowania nie wywołały oddźwięku, zwłaszcza po surowéj krytyce Dieffenbacha, przedstawiającego ulepszoną metodę rhinoplastyki indyjskiej. Razem z niemiecką modyfikacyją włoskiéj metody rhinoplastycznéj upadła myśl przeszczepiania na ubytki świeżych płatów skórnych z odległych okolic ciała przeniesionych na szypułkach i nieliczne tylko dochodzą później wzmianki o pomyślnych zabiegach plastycznych w ten sposób podjętych przez Fabriziego, Socina, Adamsa w przypadkach bliznowatych przykurczeń ręki, Thierscha wobec rozległego ubytku na podniebieniu, jako też o nieudanych próbach Zsigmondego, Wutzera i Szymanowskiego.

Anaplastyka sposobem Reverdina, ogłoszona w r. 1870 zasadza się na wycięciu nożyczkami Coopera drobnych kawałków skóry, do wielkości soczewicy dochodzących, najlepiéj z ramienia powyżéj łokcia i przeniesieniu ich na oczyszczoną powierzchnię bujającéj ziarniny, gdzie paskami plastru zostają w położeniu swem ustalone i osłonięte opatrunkiem pokrywającym ranę.

Sposób Reverdina pozyskał nie mały rozgłos i wzięcie, zdobyte łatwem, prostem postępowaniem, jak nie mniéj pomyślnym przynajmniéj na razie przebiegiem gojenia się leczonych według téj metody wrzodów. Niebawem jednak wyszły na jaw ujemne strony tego postępowania; kurczenie się następowe blizn po wygojonych w ten sposób wrzodach, rozpad i odklejanie się skutkiem nieznacznych częstokroć urazów przygojonego chwilowo przyskórka, przyćmiły rychło zalety metody anaplastycznéj Reverdina, odejmując jéj wartość trwałego i korzystnego na później rezultatu.

Badania Thierscha nad budową ziarniny wykryły dwuwarstwowy w niéj pokład, którego warstwa dolna mniéj lub więcéj zbita i w sieć poziomo przebiegających naczyń bogata unosi warstwę górną, złożoną z brodawek o pionowo

wznoszących się naczyniach, która przyjmuje przeważny udział w ściąganiu się następowem blizny i oddzielaniu się przygojonego przyskórka. Jako owoc tych poszukiwań wyłoniła się nowa metoda anaplastyczna Thierscha, zastosowana nietylko do pokrycia powierzchni powleczonych ziarniną, lecz także do świeżych powierzchni rannych, a wyniki jéj przedstawił Thiersch na zjeździe chirurgów w Berlinie w r. 1886.

Postępowanie jego zasadza się głównie na należytem przygotowaniu gruntu pod przeszczepiane płatki skóry. Podczas gdy świeżo zadana rana prócz zatamowania krwotoku przed przeszczepieniem nie wymaga nadto nic więcéj, powierzchnia ziarninowa winna być pozbawioną górnych miękkich pokładów ziarniny przez wyskrobanie ostrą łyżeczką, a następnie spłukaną i lekko uciśniętą. Ziarnina w zbyt wczesnych okresach obficie wydzielająca, jakoteż ziarnina owrzodziała, rozpadająca się, nie nadaje się do téj metody anaplastycznéj Thierscha, która domaga się ziarniny zdrowéj, czystéj i skąpo wydzielającéj. Baczną uwagę zwraca Thiersch na oczyszczenie i odkażenie obu pól operacyjnych, zarówno obszaru pozbawionego powłoki skórnéj, jakoteż pola przeznaczonego na dostarczenie materyjalu do przeszczepienia. Do odkażenia przedwstępnego służy rozczyn silnych środków antyseptycznych, w dalszym zaś przebiegu operacyi używa Thiersch wyłącznie 0·6% rozczynu soli kuchennéj, obawiając się zgubnego wpływu silnych środków antyseptycznych na przebieg przyrośnięcia skóry. Cienkie płatki skóry zajmujące prócz warstwy brodawkowéj części jeszcze pokład właściwego *corium*, dochodzące długością 10 cm., szerokością 2 cm. i wycięte brzytwą z napiętéj palcami skóry ramienia lub uda przenosi się śród ciągłego skrapiania narzędzia i rany rozczynem solnym na przygotowany w podany wyżéj sposób ubytek tak, aby pokryć niemi dokładnie całą powierzchnię ranną bez pozostawienia przerw wolnych, nieosłoniętych. Do opatrunku zaleca Thiersch wązkie na centymetr paski ceratki ochronnéj Listera zwilżone rozczynem solnym, a te pokrywa zwitem waty maczanéj w tymże rozczynie i osłania daléj na zewnątrz kawałkiem ceratki, przekraczającym obręb powierzchni rannéj. Za opatrunek zewnętrzny służą warstwy waty suchéj, umocowane za pomocą opasek miękkich i nakrochmalonych. Opatrunek ten, podpadający codziennéj zmianie, bywa zastąpiony każdorazowo świeżym, złożonym jak poprzednio. Miejsca obnażone przez wycięcie płatków skóry na ramieniu lub udzie goją się bez wytworzenia znaczniejszéj blizny pod wpływem opatrunku jodoformowego.

Znakiem przyrośnięcia przeszczepionéj skóry jest różowe zabarwienie płatków, podczas gdy białawe ich wejrzenie przemawia za obumarciem, za którem w ślad postępuje rychłe ich oddzielenie się. Po niedostatecznem oczyszczeniu dna ubytku, skutkiem następowego zakażenia, jakoteż wobec kiły u chorego nie przychodzi wcale do przyrośnięcia skóry, albo takowe chwilowo uzyskane, następowo zostaje zniweczonem. Wyniki osiągnięte powyższą metodą anaplastyczną przenoszą o wiele metodę Reverdina, bo jakkolwiek przydarza się niekiedy następowe kurczenie się blizny, zwłaszcza gdy dno ubytku pokrywanego jest zbyt wiotkie, a przyrośnięcie płatków skóry tylko w części się powiodło, to jednak jeśli wygojenie odbędzie się nienagannie, można liczyć na trwały i pewny rezultat.

Bardzo interesujące zjawisko zauważył równocześnie Thiersch przeszczepiając według téj metody u murzyna płatki skóry białéj i naodwrót przenosząc skórę czarną na ubytki skóry białéj. Podczas gdy płatki skóry białéj przeszczepiane na murzynów przyjmują rychło zabarwienie czarne, tak też na odwrót skóra czarna na nowym swym gruncie niezabarwionym w przeciągu kilku tygodni punkcikowato się wyjaśnia. Bliższe wytłómaczenie téj przemiany barwikowéj, która wyjaśnia zarazem zachowanie się i funkcyję komórek barwikowych, podał Karg w pracy przedstawiającéj studyja nad przeszczepioną skórą.

Z pomiędzy 78 opisanych przez Thierscha przypadków, w których 17 razy dokonano przeszczepienia na rany świeże, 61 razy zaś na powierzchnię ziarniną pokryte, 58 razy zabieg plastyczny powiódł się w zupełności, 12 razy częściowo, a w 8 razach ostateczny wynik był niepomyślny. Tak korzystne rezultaty lubo zachęcały do przedsiębrania daléj w tym kierunku prób nowych, często pomyślnie się kończących, a zawsze bez szkody dla chorego podjętych, nie wyrobiły jednak metodzie Thierscha wybitniejszego stanowiska w rzędzie metod plastycznych właśnie tam, gdzie potrzeba najmocniéj czuć się dawała, t. j. przy leczeniu wrzodów przewlekłych, tak łatwo się odnawiających. Cienka powłoka z trudem tylko w tych razach utworzona przez przyrośnięcie cienkich płatków skóry nie może stanowić dostatecznie pewnéj ochrony od nawrotów choroby, a w każdym razie wymaga na późniéj troskliwéj baczności i pilnego wystrzegania się urazów, jakoteż noszenia opaski uciskającéj, nie mało zatem warunków trudnych dla biednych klas społecznych, śród któréj najczęściéj spotykamy przewlekłe wrzody kończyn. Eversbusch a za nim Graser i inni zmienili sposób Thierscha wobec zabiegów plastycznych na powiekach i spojówce oka, posługując się mikrotomem do wycinania płatków skórnych, przy pomocy którego jedynie udało im się zebrać pokład przyskórka a przez to uzyskać bezpośrednie zespolenie warstw sieci Malpighiego z powierzchnią ranną i ściślejsze przylgnięcie przeszczepionych płatków skóry. Postępowanie to nie chroni jednak od następowego bliznowatego kurczenia się przeszczepionych płatków, lubo takowe mniéj bywa wybitne, niż przy użyciu innych metod.

Zmiany zalecane w postępowaniu Thierscha celem utrwalenia wyniku plastycznego, a to przez przeszczepianie grubszych płatków zajmujących cały podkład skóry właściwéj a nawet i tkankę podskórną, przypominają metodę dawniéj znaną pod nazwą Dermanoplastyki, którą pierwszy szkot Wolfe i okuliści jak Zehender i inni w nowszych czasach z korzyścią zastosowali do leczenia wywinięć powiek a Esmarch w r. 1885 opierając się na własnem doświadczeniu do pokrycia tych okolic, z których przeszczepiono płaty w celach plastycznych na ubytki nosa lub twarzy, jakoteż do pokrycia znacznych nawet ubytków na głowie po oskalpowaniu skóry powstałych.

Płat skóry zupełnie oddzielony od dna macierzystego dostatecznie wielki tak, aby bez napięcia z brzegami ubytku dał się złączyć i wycięty ze skóry ramienia albo uda u tego samego chorego a nawet jak w kilku przypadkach z odjętéj kończyny innéj osobie, winien być dokładnie pozbawiony tkanki tłuszczowéj, a następnie kilku luźnemi szwami po brzegach umocowany na dnie ubytku. Dokładne oddzielenie podkładu tłuszczowego uważają inni jak Langenbeck za zbyteczne, a nawet dla trwałego przygojenia się płatu za szkodliwe.

Monod zestawił szereg operacyj według pomysłu Wolfego we Francyi, Anglii i Ameryce dokonanych, a z zestawienia tego wynika, że w 70 udatnych początkowo przy-

padkach, trwałe wyleczenie utrzymało się jedynie w 14-stu razach, z których 7 jest zupełnie pewnych, a drugie 7 za prawdopodobnie uleczone uważać należy; w reszcie zaś przypadków przyszło do nawrotu cierpienia skutkiem bliznowatego skurczenia się płatów przemieszczonych.

Petersen za przykładem Allena użył za materyjał do przeszczepiania na ubytki granulujące skóry wyciętéj z brzucha lub grzbietu żaby, obfitującéj w liczne naczynia krwionośne a wolnej od gruczołów potnych i torebek włosowych. Wyniki osiągnięte prowadziły do wytworzenia się blizn miękkich, gładszych nawet niż w razie przeszczepiania płatków ze skóry ludzkiéj, przyczem przyrośnięta skóra żabia traciła zupełnie swój pierwotny charakter i wejrzenie tak, że po kilku dniach nie można jéj było odróżnić od równocześnie przeszczepionych płatków skóry ludzkkiéj.

Redardowi wreszcie udało się pokryć rozległe owrzodzenie, po oparzeniu głowy pozostałe, płatkami skóry przeniesionéj z pod skrzydełka kury, które po przyrośnięciu ulegały tak znacznym zmianom, iż trudno było rozpoznać w nich skórę kurzą. (C. d. n.).

II. Sprawozdanie z ruchu chorych na oddziale ocznym prof. Rydla w szpit. św. Łazarza w Krakowie za czas od I Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889.

Podał
Dr. Czesław Podgórski
Sekund. Szpitala.

W sprawozdaniu tem zamierzam skreślić ruch chorych w roku drugim istnienia oddziału i przedstawić przynajmniéj w grubszych zarysach osiągnięte wyniki leczenia.

Dwa lata istnienia, to czas bardzo krótki, a 14, wyraźnie czternaście łóżek oddziałowych to materyjał istotnie szczupły, a mimo to oddział ten oddał już dotąd bezsprzecznie wielkie usługi. Ciągłe jednakże jego przepełnienie i prawie codzienna konieczność odmawiania przyjęcia chorym, z wszelkich względów kwalifikującym się do tego, a często z dalekich stron przybyłym, jedynie z powodu braku miejsca — oto główne motywa przemawiające za rozszerzeniem i lepszem umieszczeniem oddziału.

Jako drugi zakład dla chorób ocznych w Krakowie, obok kliniki zużytkowującéj w zupełności materyjał operacyjny, stanął on do walki z chorobami, które w klinice nie przyjmowane, skazane były dawniéj na sposób leczenia ambulatoryjnego, dla wielu chorych nieprzystępnego, którzy też z tego powodu często wcale nieleczeni, popadali w ciężkie kalectwo.

Mam tu głównie na myśli jaglicę srożącą się w naszym kraju, nie tylko między ludnością izraelicką, ale i biedną klasą wyrobniczą i wieśniaczą, któréj jednostki bardzo często przez powikłania téj uporczywéj choroby pozbawione wzroku a tem samem możności zarobkowania stają się ciężarem kraju, zamiast być jego siłą produktywną.

Nie mały też kontyngens stanowiły również liczne u ludności uboższéj, przy tak częstych u nas zołzach a niekorzystnych nader warunkach bytu, zapalenia pryszczykowe z ciężkiemi powikłaniami, jak niemniéj, i to głównie w czasie feryj wakacyjnych, kiedy właśnie klinika jest zamknięta, chorzy zgłaszający się z ropniami rogówkowemi, głównie urazowemi, nabywanemi zwykle przy sianożęciu lub żniwie lub, co też często bywa, tłuczeniu kamieni.

Niechaj jednak liczby dadzą najlepszy, bo najwierniejszy obraz pracy na oddziale.

Z czerwca 1888 zostało chorych	8
W ciągu r. przybyło mężcz. 105 kob. 92 . .	197
Razem leczono . .	205
Wyszło wyleczonych M. 74. K. 59	133
Z polepszeniem M. 21. K. 23	44
Niewyleczonych M. 9. K. 5	14
Razem wyszło . .	191
Zostaje chorych z końcem czerwca r. 1889 . . .	14.

W powyższéj liczbie 14-tu niewyleczonych, dwóch (przesłanych ze Starostwa od poboru) nie poddało się wcale leczeniu, a czterech przeniesiono z powodu powikłań z innemi chorobami, jak *ulc. ventriculi*, *scabies* na inne oddziały.

Stosunek części oka główną chorobą zajętych przedstawiał się w następujący sposób:

Conjunctiva	79 (*Trachoma* 48)
Sclera	3
Cornea . .	41
Iris et corp. ciliare .	22
Choroidea	5
Lens	6
Corp. vitreum , . .	2
Retina et n. opt. .	7
Bulbus	4
Glaucoma . . .	5
Palpebrae } *Org. lacrym.* } . .	9
Orbita	1

Do wykazu niniejszego dodać należy 21 przypadków pooperacyjnych z kliniki przeniesionych.

Jak z powyższego zestawienia widać, jaglica zajmuje pierwsze miejsce między cierpieniami ócz leczonemi na oddziale, bo 24·2% wszystkich chorób, a podlegali jéj głównie wieśniacy, przeważnie z okolic Sącza, Grybowa, Gorlic; z powyższéj bowiem liczby leczono tylko 3ch izraelitów przekupniów, 4ch rzemieślników, jednę żonę artysty a 40 wieśniaków i wieśniaczek.

Dwa razy przydarzyła się jaglica ostra, w obu razach połączona z bardzo znacznym obrzękiem powiek, silnym światłowstrętem i to w jednym przypadku, powikłana wrzodem ropnym rogówki, w drugim zaś, gdzie tylko jedno oko było jaglicą ostrą zajęte a drugie przewlekłą, prócz wrzodu rogówki wystąpiło jeszcze i zapalenie tęczówki.

Z pozostałych 46ciu przypadków jaglicy przewlekłéj, w dwóch zajęta była tylko sama spojówka, a w dwóch innych tylko jedno oko, ale w jednym z nich to jedno oko okazywało: *Trachom. chron. exacerbat.*, *entropium palp. infer.*, *madarosis partial.*, *trichiasis*, *pannus*, *ulcus penetr. corn. c prolaps. iridis nec non iridocyclitide*, a co dziwna, drugie oko mimo kilkoletniego trwania choroby było zupełnie zdrowe. Zresztą była to jaglica ciężka na obu oczach, gdyż już do przyjęcia kwalifikowano chorych z powodu braku miejsca na oddziale jedynie z ciężkiemi powikłaniami.

Największe były powikłania z cierpieniami rogówki a mianowicie w 43ch przypadkach. Spostrzegano mianowicie 27 razy łuszczkę, 12 razy wrzody rogówkowe (z tych trzy przybrzeżne półksiężycowate), trzy razy naciek, który się nie rozpadł, a raz *Xerosis conj. et corneae*.

Cierpienia tęczówki tylko w dwóch razach wikłały przebieg: raz opadnięcie po przebiciu wrzodu a raz zapalenie ropne. Zresztą powikłania a raczéj następstwa były na powiekach i to, głównie w postaciach wymagających zabiegów operacyjnych tak, że sześciokrotnie wykonano obustronną kantoplastykę z powodu stulejki powiekowéj, dwa razy usunięto entropium, zakładając szwy metodą Gaillarda, raz *trichiasis* metodą Flarera, 2 razy wycinając fałd skórny dolnej powieki.

W obec tak obfitego, a ściśle przez cały czas leczenia trwale obserwowanego materyjału, musiało się nasunąć dość często spostrzeżenie, mające pewną wartość dla lekarza praktycznego pod względem leczenia jaglicy, tem bardziéj, iż prof. Rydel ze znaną swoją ścisłością i dokładnością liczne przeciw jaglicy nowsze, czy to głośno zachwalane, czyli tylko skromnie wzmiankowane środki na oddziale zastosowywał i skuteczność takowych sprawdzał, a jakkolwiek doświadczenia te w jesieni mają się daléj prowadzić, niech wolno mi będzie już z dotychczasowych przytoczyć kilka nasuwających się spostrzeżeń.

Zasadą w leczeniu jaglicy przewlekłéj, powiedziećby można metodą klasyczną, któréj się trzymano na oddziale, było wygniatanie ziarn jaglicowych po znieczuleniu miejscowem kokainą w przypadkach, w których one tworzyły wyniosłości wypryskujące za uciskiem paznogcia. Po tym zabiegu, który mimo znieczulenia kokainą jest bolesny, gdy

odczyn był znaczniejszy stosowano zimne okłady, a po 24 do 48 godz., gdy spojówka była nastrzykana, rozpulchniona, wydzielała znaczniejszą ilość cieczy śluzowo ropnéj, kauteryzowano ją raz dziennie 1 — 2% rozczynem azotanu srebra, co w obec powyższych własności spojówki uskuteczniano i w przypadkach, gdzie poprzednio nie wygniatano ziarn jaglicowych. Po paru lub kilku dniach, gdy wydzielina się zmniejszyła, przystępowano do tuszowania za pomocą *Cupr. sulf. in subst.*

Przy takiem leczeniu zwykle osiągano dobre wyniki, i tego też zapewne sposobu z odpowiedniemi zmianami a powracaniem po dłuższem używaniu siarkanu miedzi, gdy polepszenie już daléj nie postępuje, lub nawet występują uporczywie powierzchowne wrzodziki na rogówce, na kilka dni do rozczynu azot. srebra, trzyma się zapewne każdy lekarz w leczeniu jaglicy. Postępowanie to jednak nawet w razie pomyślnego przebiegu b. mozolne i wyczerpujące cierpliwość tak lekarza jak i pacyjenta w niektórych razach nie wystarcza. Najlepszym tego dowodem mnogość coraz to nowszych środków, zalecanych przeciw téj chorobie uporczywéj. Do takich środków należy między innemi sublimat, używany przez prof. Guaita w Sienie, zalecany przez Staderiniego (Przegl. Lek. z r. 1887 str. 579) a którym Romiée w Leodium leczy jaglicę od roku 1872 prawie wyłącznie. (*Ch. Arnauts Annal. d'Ocul.* za Styczeń i Luty 1889). Arnauts opierając się na poleceniu Romiéego i na doświadczeniu własnem, każe zapuszczać trzy razy dziennie rozczyn sublimatu 1 : 500 lub 1 : 400, oprócz tego 1 raz do 2 razy na tydzień pomazuje spojówkę powiek po należytem tychże odwinięciu, rozczynem 1 : 100 lub 1 : 120. Pomazywaniu daje pierwszeństwo przed zapuszczaniem. Arnauts zaleca sublimat we wszystkich okresach i postaciach jaglicy a zachwala szczególnie jego skuteczność przeciw łuszczce nawet najuporczywszéj i najbardziéj zadawnionéj. Z tego powodu na oddziale poczęto w tym kierunku przeprowadzać doświadczenia, a choć ich dotąd zrobiono niewiele i jak wspomniano wyżéj, mają się w jesieni daléj prowadzić, to z dotychczasowéj jednak obserwacyi można stanowczo twierdzić, że nie jestto środek, jak utrzymują jego zwolennicy b. mało bolesny dla chorych, co jako jednę z zalet dodnoszono, gdyż pędzelkowania spojówki chorzy, u których stosowano poprzednio *Cupr. sulf.*, uważali za równie bolesne a u niektórych nawet bolesność po pędzelkowaniach dłużéj się utrzymywała niż po *Cupr.* Wkraplania rozcz. sublimatu były co prawda mało bolesne, ale nawet po nich czasem, a bardzo często po pędzlowaniu, następowało tak silne zadrażnienie ócz, że musiano się od dalszego stosowana jakiś czas zupełnie wstrzymać. Wprawdzie można było zauważyć, że łuszczka po kilku pomazaniach stawała się silniéj unaczynioną a późniéj ustępowała dość szybko, to polepszenie zatrzymywało się jednak po pewnym czasie na jednym stopniu lub sprawa cofała się do stanu pierwotnego. W ogóle w dwóch tylko na dziesięć systematycznie traktowanych i ściśléj obserwowanych przypadkach polepszenie było wybitne i utrzymywało się stale. Jestto więc środek wymagający dalszéj obserwacyi a w każdym razie trzeba bardzo ostrożnym być w jego stosowaniu, i mieć oko w ciągłéj kontroli, tak, że jako środek do użycia pozaszpitalnego się nie nadaje.

Wręcz odwrotne wyrobiliśmy sobie zdanie o proszku borowo-garbnikowym Wicherkiewicza (3 cz. kw. bor. 1 taniny). Kwas garbnikowy oddawna zalecano w jaglicy, ale jak się zdaje, mało go używano, w niektórych najnowszych podręcznikach wcale o nim nie wspominają. Wielką więc zasługę przyznać należy Wicherkiewiczowi, że go ponownie zalecił, łącząc go z kwasem borowym. Stosowaliśmy go w sposób podany przez Wicherkiewicza, zasypując pędzelkiem na spojówkę obu odwiniętych powiek w dość znacznéj ilości. Sprawia on tylko nieznaczny i szybko przemijający ból, a okazał nam się skutecznym pod koniec leczenia jaglicy tudzież w ciągu tegoż, gdy siarkan miedziowy, używany przez czas dłuższy, tracił na skuteczności a nie było wskazań do przyżegania rozczynem azotanu srebrowego. Środek ten stosowaliśmy dość często, w 16 mianowicie przypadkach przez czas dłuższy. We wszystkich oddał on nam dobre usługi. Wartość jego lecznicza w niektórych przypadkach okaże się najlepiéj z następujących dwóch spostrzeżeń.

Kazimierz K., kominiarz l. 19 z Ropczyc, od 10 lat cierpi na oczy, wśród okresów wolniejszych bywają ostre nawały. 16. I. Stan obecny: Na spojówce obu powiek górnych niezbyt liczne ziarna jaglicowe obok małych blizn dość powierzchownych. Na rogówce prawéj rozpoczynająca się lekko unaczyniona łuszczka, na rogówce lewéj prócz takiejże łuszczki wrzód środkowo położony, okrągły, dość powierzchowny, wielkości siemienia z otoczką szarawą. V pr. o = liczy palce $2^1/_2$ m. l. o. na $1^1/_2$ m. Przyżegnięto spojówkę 2% rozczynem azotanu srebrowego, do oka lewego zapuszczono nadto atropinę.

21. I. Wydzieliny prawie nie ma, zastosowano *Cupr. sulf.*

24. I. Zadrażnienie oka lewego b. znaczne. Nastrzykanie rzęskowe i naciek rogówkowy od 21go już ustępujące powiększyło się. Chory żali się na bóle w czole, które mu spać nie dają. Zapuszczanie rozcz. subl. 1 : 5000 L. o. Atropina. Opaska.

28. I. Przypady zadrażnienia i bóle ustąpiły, naciek w rogówce znacznie zmalał. Zastosowano powtórnie *Cupr. sulf.*

5. 2. Znów pogorszenie; na oku lewem wystąpił w miejscu dawnego nowy naciek wielkości małego groszku. Powtórzono leczenie jak 24. I., a gdy stan tylko trochę się poprawił, oko jednak było jeszcze dość zadrażnione, poczęto zasypywać proszek Wicherkiewicza z ciągłem polepszeniem tak, że 20. 3. zapisano: Na spojówce prawéj ziarna jaglicowe znikły, na lewéj obok blizn utrzymują się nieznaczne granulacyje. Rogówki przy oświetleniu ogniskowem w warstwach powierzchownych słabo jednostajnie zaćmione. V pr. o = $^5/_{20}$, l. o = $^5/_{50}$. Teraz powrócono na o. l. do kamienia sinego, a gdy go chory znosił i stan się poprawiał, wypuszczono go na żądanie własne, dając do wkraplania w domu rozczyn siark. miedzi 1 : 15 gliceryny. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Arndt (Gryfija): O krwiaku usznym.

Przypuszczając, że krwiak uszny powstaje tylko wskutek zadziałania mechanicznego zabiegu z zewnątrz, sprzeciwia się autor zdaniu, szczególnie przez chirurgów wypowiedzianemu, że uraz albo ciężkie uszkodzenie ma być zwykłym powodem téj zmiany. Owszem, mogą je wywołać już lekkie drapanie albo grzebanie w uchu, ba nawet samo leżenie na temże. Zdaniem Arndta powstanie krwiaka usznego jest dopiero możebne po poprzedzającem przeobrażeniu chrząstki siatkowéj na chrząstkę szklistą, jeżeli chrząstka ulega zwyrodnieniu, przyczem ochrzęstna łatwo się odłuszcza od swéj podstawy. Zwyrodnienie chrząstki usznéj może mieć przyczynę w nowotworach, złogach moczanowych, chorobach naczyń i objawia się często u osób, u których odżywienie ogólne podupadło. W tym ostatnim razie występują równocześnie odpowiednie zmiany i w innych narządach, jak rozmięknienie kości nosa, krtani, żeber i t. p. Co do przebiegu leczy się krw. usz. zwykle z pozostawieniem zniekształcenia małżowiny. Najstosowniejsze leczenie jest za pomocą opatrunku ochronnego, aby ucho jak najmniéj drażnić, a takim sposobem można zachować małżowinę kształtną i po wchłonieniu wynaczynienia. Jeżeli krwiak taki pęka, albo się go otwiera chirurgicznym zabiegiem, wtedy następuje ściągnięcie, a przez to zniekształcenie małżowiny. W tkance łącznéj bliznowatéj znajduje się późniéj często prawdziwa kość. (*Internationale klin. Rundschau* 1888, Nr. 44). *Dr. R. Spira.*

Docent G. Riehl (Wiedeń): O ostrym ograniczonym obrzęku skóry.

Najwybitniejszym i w wielu przypadkach jedynym objawem téj dotychczas jeszcze mało znanéj choroby są ostro powstające i szybko znikające obrzęki skóry, tkanki podskórnéj i niektórych części błon śluzowych. Obrzmienie występuje najczęściéj bez zewnętrznéj pobudki lub objawów zwiastunowych w pewnéj okolicy skóry i w ciągu jednéj do trzech godzin dochodzi do najwyższego stopnia, nie przedstawia żadnych objawów zapalnych i dochodzi do wielkości talara lub

dłoni. Ciepłota zajętego miejsca nie bywa podwyższona, czucie niekiedy lekko obniżone, bolesności przy ucisku nie ma; podczas powstawania chorzy doznają uczucia napięcia, pieczenia, zazwyczaj po 24 godzinach znikają obrzęki bez śladu. Obraz chorobowy składa się z trzech głównych grup: 1. Przemijające obrzęki skóry, warstwy podskórnéj i niektórych części błon śluz. 2. Przypady ze strony żołądka i jelita. 3. Objawy ogólne, jak przygnębienie, senność. 4. Zboczenia w oddychaniu. Przyczyną choroby jest prawdopodobnie zmiana w nerwach naczynio-ruchowych, wychodząca z środkowego układu nerwowego; za tem przemawia między innemi i to, że niekiedy wzruszenia umysłowe mogą sprowadzić wybuch choroby. (*Wiener med. Presse* 1888, Nr. 11, 12 i 13). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Prof. E. Harnack (Halle): **O pojęciu działania ściągającego.**

Chcąc poprawnie tłomaczyć pojęcie działania ściągającego, napotykamy na trudności. Cel leczniczy, jaki przy niem mamy na oku, polega na pokonaniu sprawy zapalnéj i to w narządach płaskich, przez zadziałanie na chorą część od powierzchni tkanki. Działanie to ściągające polega więcéj na zagęszczeniu, niż na ściągnięciu tkanki, która w ogóle przytem odgrywa raczéj rolę bierną niż czynną. Aby zrozumieć istotę działania ściągającego, musimy przedewszystkiem zbadać środki, których używamy do osiągnięcia tego wyniku. Najwybitniejszemi środkami ściągającemi są kwasy garbnikowe, daléj rozpuszczalne sole ałunu i wielu ciężkich metali, a w szczególności ołowiu, cynku, miedzi, srebra i żelaza, następnie niektóre kwasy w pewnem zgęszczeniu, niektóre ciała, należące do grupy aromatycznych, jak fenol i inne, w końcu wyskok i woda wapienna. Mamy tu do czynienia z rozmaitemi ciałami, pytanie więc zachodzi, który czynnik stanowi istotę tego działania. Bez wątpienia jest nim powstanie pewnéj istoty nierozpuszczalnéj w powierzchownych warstwach tkanki, która otacza komórki i między nie się wciska, wypycha ciecz tkankową i przezto działa wysuszająco. Jeżeli działanie ściągające jest tylko następstwem czynnika mechanicznie działającego, to ten ostatni może wywołać sprawę mechaniczną w powierzchownych warstwach tkanki, związek przyczynowy jest więc bardzo ciekawy: powstająca przez lek w tkance sprawa chemiczna wywołuje czynnik mechanicznie działający, który znowu sprawia zmiany w stosunkach życiowych tkanki, zmiany, które mogą prowadzić do odzyskania prawidłowych własności pierwéj chorobowo zmienionéj tkanki. W końcu rozprawy podaje H. następujący podział znanych środków ściągających: I. Środki ściągające, równocześnie żrące, wywolują obumarcie żyjącego białka: A. Tworząc same z białkiem połączenia nierozpuszczalne (kwasy garbnikowe, sołe ałunu i metali); działanie ściągające ich jest bardzo wybitne, może jednak łatwo przejść w działanie żrące, dlatego wskazana jest ostrożność. B. Działając tylko przez ścinanie białka 1) wyskok (działa równocześnie miejscowo drażniąco), 2) fenol (działa silnie żrąco). II. Środki ściągające, które nie są równocześnie żrącemi: A. Istoty rozpuszczalne, które przez połączenia, jakie tworzą w miejscu zastosowania, stają się nierozpuszczalnemi (woda wapienna). B. Nierozpuszczalne drobno rozdzielone istoty (tlenek cynku, azotan bism. i t. d. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Germain Sée: **Cukier mleczny jako najpewniejszy środek moczopędny w chorobach serca.**

Dyjeta mleczna zdobyła sobie uznaną wartość w leczeniu chorób sercowych, polegającą na znakomitych własnościach odżywczych mleka i stwierdzonem moczopędnem działaniu. Ten moczopędny wpływ mleka tłómaczy S. działaniem cukru mlecznego, który uważa za najpewniejszy i najlepszy środek moczopędny. Przez podawanie choremu mleka z odpowiednią ilością cukru mlecznego osiągamy wszystkie zalety szybkiéj dyjety i unikamy połączonéj z wyłączną dyjetą mleczną polyuryi. Jeżeli podamy chorym na serce 100 gramów cukru mlecznego, rozpuszczone w dwóch litrach wody, jako napój dzienny z ominięciem wszystkich innych płynów, osiągniemy znaczną polyuryję u chorych z zwyrodnieniem mięśnia sercowego, ze zmianami na zastawkach aorty i t. d.; mniéj wybitne jest działanie w stwardnieniu tętnic. W końcu rozprawy podaje S. następujące wyniki swych doświadczeń: Cukier mleczny należy uważać za najskuteczniejszy i najnieszkodliwszy środek moczopędny i działanie moczopędne mleka polega prawie wyłącznie na jéj zawartości cukru mlecznego. Aby wprowadzić z mlekiem 100 gr. cukru mlecznego, potrzebna jest dawka 4 ech litrów, co jednak sprowadza równocześnie wybitny cukromocz i znaczne zwiększenie wywozu moczanów jako dowód wzmożonego rozpadu białka; za pomocą cukru mlecznego można uniknąć tych niebezpieczeństw; 100 gr. w roztworze wodnym sprowadzają dyjurezę, jaką tylko za pomocą 4—5 litrów mleka osiągnąć można. Dzienna ilość moczu powiększa się już po 24 godz. do $2^1/_2$ litra, w trzecim dniu wynosi $4-4^1/_2$ litra, poczem zostaje przez kilka dni stałą, lub spada znowu do $2^1/_2$ l.; w tym czasie znikają obrzęki surowicze. Cukier więc mleczny usuwa pewnie i szybko puchliny pochodzenia sercowego, a nie pomaga, gdy istnieje choroba Brighta, a zawartość białka w moczu wynosi 0·6 do 0·9 na liter. Przy małéj zawartości białka z powodu zwykłéj zastoiny żylnéj działanie moczopędne cukru mlecznego pozostaje niezmienione, możemy więc z moczopędnego działania jego wnosić o stopniu zajęcia nerek. W opuchlinach pochodzenia nerkowego nie działa. Moczopędne działanie może doznać przeszkody także z innych powodów; niekiedy powstaje uporczywa biegunka, która naturalnie zmniejsza wydzielenie moczu; to samo ma miejsce po obfitych potach. Działanie moczopędne cukru mlecznego polega na zadrażnieniu składników wydzielniczych nerki, sprowadza więc fizyjologiczną dyjurezę, podobnie jak kofeina i teobromina. (*Wien. m. Bl.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Ugolino Mosso i Alippio Rondelli: (Turyn): **O wdychaniu powietrza ogrzanego do 200° za pomocą przyrządu Weigerta do leczenia suchot.**

Gdy R. Koch wykazał, że hodowle prątka gruźliczego w ciepłocie 37°—38° najlepiéj się udają, w ciepłocie 30° lub powyżéj 42° wcale się nie rozwijają, starali się lekarze zbudować przyrządy do wdychania powietrza gorącego i zimnego w nadziei wywarcia bezpośredniego wpływu na chore części dróg oddechowych i wstrzymania rozwoju prątków gruźl. Krull, DeRenzi i Weigert opisali takie przyrządy i ogłosili osiągnięte za ich pomocą dobre wyniki. Prof. Bozzolo wezwał autorów do oznaczenia doświadczalnie ciepłoty, wśród któréj powietrze z przyrządu Weigertowskiego do płuc się dostaje. Przyrząd ten, służący do wdychania gorącego powietrza, składa się głównie z miedzianego walca dwuściennego; w środku krąży powietrze, ogrzane za pomocą palników umieszczonych w środku przyrządu; w ten sposób ogrzane powietrze dostaje się przez górną część walca do cewy wydechowéj, opatrzonéj dwiema zastawkami celem zapobieżenia wracaniu się wydechanego powietrza. Badając stosunki fizyczne doszli autorowie do wniosku, że prawie całe ciepło powietrza gorącego, wdychanego za pomocą przyrządu W., zużyte zostaje do zamienienia wody błony śluzowéj dróg oddechowych w parę, gdyż nadzwyczaj szybkie wyparowanie, występujące w ustach, gardle i tchawicy zużywa prawie całą zawartość ciepła ogrzanego powietrza. Szereg doświadczeń wykonanych na zwierzętach wykazał, że ciepłota w oskrzelach psów, które wdychały nadmiernie rozgrzane powietrze, nie tylko się nie wzmagała, lecz nawet w porównaniu do ciepłoty odbytnicy o pół stopnia była niższą, że przy tych doświadczeniach powietrze dostawało się do tchawicy nie gorące, gdyż już zetknięcie z błoną śluzową wyższych części dróg oddechowych wystarcza, aby ciepłota spadła na niższą niż ciepłota krwi. Daléj badali autorowie, czy gorące wdychane powietrze przy wydychaniu jest nasycone parą wodną i czy posiada ciepłotę powietrza prawidłowego i przekonali się, że wydechane nasycone powietrze po wdechaniu powietrza ogrzanego do 180° posiada taką ciepłotę, jak gdyby wdychano powietrze o 18°. Z badań autorów wynika, że jeżeli przez 15 minut wprowadza się gorące powietrze o 200° i więcéj do płuc psa, ciepłota krwi średnio tylko o pół stopnia się podnosi, że stale o pół stopnia jest niższą od ciepłoty odbytnicy. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Günther (Montreux): **Główny warunek leczenia wziewaniami.** Polecane w nowszych czasach leki przeciw grużlicy przechylają się, z wyjątkiem kreozotu, znowu więcéj na stronę leczenia miejscowego, które w chorobach płucnych odbyć się może tylko w drodze wziewania, a ma tu autor na myśli głównie leczenie za pomocą pary kwasu fluorowodowego. Jak kreozot, tak i leczenie kwasem fluorowodowym posiada entuzyjastów i skeptyków. I tak być musi, jeżeli badacze złe wyniki, zwłaszcza jeżeli one występują w większości, przypisują nieskuteczności środka, zamiast niekorzystnemu już stanowi stosunków patologicznych lub utrudnionemu dostępowi do miejsca chorobowego. To jest przyczyną, dla czego w leczeniu suchot płucnych już tyle środków polecano i porzucano, gdyż z powodu różnopostaciowości obrazów w suchotach koniecznie wskazanem jest przy doświadczeniach leczniczych wybierać przypadki o ile możności zupełnie równe. Najodpowiedniejszym sposobem leczenia chorób płucnych jest ten, który wprost zaczepia narząd chory, a więc wziewanie i właśnie takiem leczeniem jest terapija fluorowodowa. Prof. Schreiber w pracy doświadczalnéj o czynności zdrowych i chorych płuc rozwija główne zasady racyjonalnego leczenia, stanowiące podstawę leczenia chorób płucnych. I tak zwraca uwagę, że obszar płuc naciekły stracił swoją siłę wciągania wdechowego S. wywołał w płucach królików zwątrobienie ich części i po następowem wdychaniu sproszkowanego barwika przekonał się, że tenże złożonym był tylko w częściach płuc zdrowych, powietrznych. Jaki stąd wniosek dla leczenia wziewaniami? Grużlica zajmuje najczęściéj szczyty i płaty górne; z drugiéj strony są szczyty częściami płuc, posiadającemi najmniejszą siłę oddechową, dodawszy do tego jeszcze inne czynniki u suchotników pod tym względem dla nich niekorzystne (*Thorax paralyticus*), nasuwa się jako najważniejsze zadanie w leczeniu wziewaniami skierowanie leku wziewanego do ogniska chorobowego z zwykłego kierunku prądu powietrza t. j. z płatów dolnych, a to osiągamy przez ucisnięcie zdrowych części płuc W tym celu używa G. szerokiéj opaski flanelowéj, tak wyścielonéj, że nie utrudnia częściom chorym ruchów oddechowych i mógł już w krótkim czasie stwierdzić dwa zjawiska: zmianę plwocin i zmniejszenie rzężeń, a udało mu się to najłatwiéj przy wziewaniu kreozotu z będźwinianem sodowym. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 27), *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Dr. J. Zielewicz. **Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu za czas od 1-go października 1885 do końca roku 1887.**

Zeszłego roku ogłosił autor w 38 mym tomie *Archiv für klinische Chirurgie* Langenbecka powyższe sprawozdanie z ostatnich $2^1/_2$ lat, to jest od chwili objęcia jako lekarz kierujący oddziału chirurgicznego.

Przytoczenie wielu historyj chorób, opisanie ważniejszych operacyj, porównanie ich z innemi metodami, omówienie krótkie a treściwe donioślejszych kwestyj na polu chirurgii, zestawienie najnowszych poglądów znanych powag naukowych i swoich własnych, na własnem opartych doświadczeniu, czyni z pracy téj rodzaj rozprawy naukowéj, którą czyta się z prawdziwą przyjemnością i korzyścią, a bez tego znużenia, jakie zwykle podobne zestawienia wywołują. Tablica litografowana i kilka dobrych drzeworytów uzupełniają całość.

We wstępie opisuje autor urządzenie oddziału chirurgicznego, który umieszczony na dole i pierwszem piętrze budynku, przerobionego w r. 1822 z klasztoru na szpital w dzielnicy miasta nisko położonéj i na częste narażonéj powodzie, nie odpowiada dostatecznie dzisiejszym wymaganiom. W tym samym budynku znajduje się oddział wewnętrzny, kuchnie, pralnie i składy; oddział ma 75 łóżek rozdzielonych na dwie sale większe wspólne po 20 łóżek każda, parę mniejszych po 4 do 8 łóżek i kilka separatek. Za salę operacyjną służy pokój o dwóch oknach, dość widny, w którym prócz operacyj wszystkich odprawiano do niedawna także ambulatoryjum, przeniesione obecnie do przyległéj ubikacyi. Według statutu na oddział przyjmuje się chorych z chorobami uleczalnemi, z wyjątkiem dotkniętych świerzbem, syfilitycznych i ciężarnych, głównie z Poznania i okolicy. O statystyce jednak trwania leczenia mowy być nie może, gdyż często przyjąć trzeba chorych włóczęgów i żebraków, przez władze miejscowe do szpitala odstawionych, o których następnie nikt się nie troszczy i którzy z tego powodu nieraz kilka tygodni po ukończonéj kuracyi na oddziale pozostają. Do opatrunków używa Z. przeważnie jodoformu, gazy jodoformowéj 10%, którą kładzie bezpośrednio na ranę, gazy sublimatowéj i waty Brunsa. W przypadkach ran większych, obficie wydzielających, używa poduszek wypchanych mchem (*Waldwolle*), który pomimo swéj taniości ma tę wadę, iż jest twardy i mało wciąga w siebie, owszem przepuszcza z łatwością wydzielinę na zewnątrz. Do oczyszczenia rąk, pola operacyjnego i narzędzi służy 3% karbol, do skrapiania rany sublimat 1‰ w ostatnich czasach z dodatkiem 5·0 *ac. tartarici*, do szycia przeważnie jedwab, w niektórych razach katgut.

Zestawienie szczegółowe obejmuje 1037 przypadków z procentem śmiertelności 6%, a więc nie lepszym ani nie gorszym niż gdzie indziéj w podobnych warunkach. Przypadki te podzielił autor według części ciała na odpowiednie działy. W sprawozdaniu jednak naszem ograniczyć się musimy do ogólnego zarysu, uwzględniając tylko ważniejsze punkta. W dziale cierpień głowy wraz z szyją (przypadków 159, umarło 10 = 6·3%) poważne miejsce zajmują uszkodzenia urazowe, reszta przypada na sprawy zapalne, ostre i chroniczne, jakoteż nowotworowe, z tych ostatnich 15 przypadków *epithelioma labii*, wszystkie u mężczyzn, w których tylko dwa razy znaleziono powiększone gruczoły podszczękowe. Obszerniéj rozwodzi się tu autor nad leczeniem ran głowy, kładąc nacisk na ścisłe przeprowadzenie postępowania przeciwgnilnego oraz na jak najwcześniejszą trepanacyję przy powikłanych złamaniach czaszki. Zatrzymuje się też dłużéj przy rakach wargi dolnéj, które operował zwykle przez wycięcie klina, w kilka przypadkach wykonał cheiloplastykę i to dwa razy metodą Langenbecka, mało dotychczas używaną. Omawia obszerniéj jedyny, jaki zna, przypadek, gdzie po operacyi raka wargi wystąpiła *Osteomyelitis ac. tibiae* z zejściem śmiertelnem. Uderza w tym dziale mała ilość *lymphomata colli* i tylko jeden przypadek *struma colloides.*

Z chorób tułowia leczono 163, umarło 20 chorych = 12·4%. Ważniejsze tu sześć przypadków *empyema thoracis*, w których wykonano wypiłowanie żebra, co autor uważa za najwłaściwsze; należy tylko wykonać tę operacyję jak najwcześniéj nie czekając na dobrowolne przebicie. Jamę opłucnową przestrzykuje Z. zaraz po operacyi sublimatem 1‰, następnie przy zmianach opatrunku kwasem borowym.

Z ośmiu przypadków raka sutka (*2 carcin. recidiv.)* operowano 4 chore, dotknięte rakiem pierwotnym z niezbyt pomyślnym skutkiem, gdyż z wyjątkiem jednéj, która poźniéj się nie zgłosiła, reszta dostała nawrotu, mimo starannego wyłuszczenia gruczołów pachowych. Laparotomij wykonano 7 (2 z zejściem śmiertelnem = 28·5%,) między temi jedna tylko *Ovariotomia*, ciekawa z tego powodu, że w kilka dni po operacyi wystąpił krwiak pozamaciczny, wyleczony przez nacięcie, przepłukanie sublimatem i wytamponowanie gazą jodoformową. Ciekawy też jest przypadek *empyema cystidis felleae*, w którym podwiązano przewód żółciowy; jest to pierwsza operacyja wykonana z pomyślnym skutkiem u człowieka, polecana przedtem przez Campaignaca, a robiona trzy razy na psach z zejściem śmiertelnem przez Zagórskiego w Warszawie. Z 19 tu przepuklin operowano 10 (2 zejścia śmiertelne = 20%*)*. W przypadkach, gdzie trzeba wyciąć kawałek jelita, poleca Z. trzymać się rady Riedla, aby pętlę jelitową wyciągniętą z jamy brzusznéj umocować w ranie i dopiero po 24 godzinach tę część resekować. W jednym przypadku *Cystitis tuberculosa* sprobował Z. wykonać przecięcie pęcherza (*Cystotomia*) i drenowanie takowego; wprawdzie chory umarł po sześciu miesiącach wskutek uremii, zauważono jednak o tyle polepszenie, iż parcie i bóle znacznie się zmniejszyły, natomiast powróciły siły, sen i apetyt. Operowano też jedno *Cystofibroma labii maj.* u kobiety w 8 miesiącu ciąży, ważące 6 funtów. Włókniaki warg wielkich dzieli autor na dwie kategoryje: jedne rozwijające się z tkanki łącznéj samych warg, inne będące w związku z po-

więzią miedniczą (*fascia pelvis*) lub z okostną kości miednicy i z nich zdające się wychodzić, należą do rzadkości.

Cierpienia kończyn górnych (191 przyp., 7 umarło = 3·5%) i dolnych (456 przyp., 21 umarło = 4·6%) w dwa działy ujęte zestawił Dr. Krysiewicz według schematu Billrotha. Spotykamy tu 69 złamań podskórnych, 47 powikłanych, zwichnień 12, spraw gruźliczych 34 (*16 coxitis*), 21 *osteomyelitis* i 170 wrzodów podudzia. Co się tyczy leczenia tych ostatnich, rozpoczynano takowe od oczyszczenia i odwietrzenia, w niektórych razach wyskrobywano ziarninę, zawsze zakładano opatrunek jodoformowy. W 30 przypadkach wykonano *Circumcisio*, w 4-ech musiano amputować podudzie. W 12-stu natomiast przypadkach wykonano przeszczepienie metodą Thierscha lub Reverdina; pierwszy sposób zdaniem autora ma tę zaletę, iż płatki szybciéj przez obwodowe bujanie pokrywają ubytek, blizny jednak bywają cienkie i skłonne do rozpadu ropnego, wogóle za słabe, aby się oprzeć tak małym urazom jak tarcie, jak to autor w jednym przypadku miał sposobność zauważyć, wynik więc przy dużych ubytkach bywa niepewny. Płatki przeszczepione pokrywano 10% gazą jodoformową i watą Brunsa, pierwszy opatrunek zmieniano w 48 godz. po przeszczepieniu, gdyż wtedy już płatki przyjęte odróżniają się swą barwą czerwonawo sinawą od obumarłych blado żółtawych. Na zakończenie zestawia autor 17 przypadków oparzenia (4 z zejściem śmiertelnem) oraz 51 przypadków cierpień skóry, z których 17 przypadków wilka (z wyjątkiem jednego wszystkie na twarzy) leczonych przez podawanie tranu i miejscowe przypalanie. Z 15 stu chorych leczonych w ten sposób ośmiu opuściło oddział wyleczonych, czy trwale nie chce autor przesądzać. Próby z kwasem mlekowym i okładami sublimatowemi dały wynik ujemny. (*Archiv für klin. Chirurgie* 1888, B. XXXVIII. H. 1, 2, 3). *Dr. Langie.*

Prof. Kraske (Fryburg): **O pokrywaniu otwartych raków skóry**. Raki ukryte nie dające się usunąć drogą operacyjną mają tę dodatnią stronę, że nie zagraża choremu ropnica ani posocznica z powodu wrzodzenia. Każdy jednak ukryty rak może się stać otwartym, a wtedy niebezpieczeństwo zagrażające choremu się podwaja. Thiersch padł na pomysł, aby otwarte raki zamienić na ukryte, pokrywając wrzodniejące już raki po wyskrobaniu albo po wytworzeniu na nich czystéj aseptycznéj powierzchni rannéj, zdrową skórą wziętą z otoczenia, albo z dalszych okolic ciała. Kraske spróbował tego sposobu w trzech przypadkach otwartych raków wrzodziejących z dobrym skutkiem; poleca go też wszystkim chirurgom do dalszego badania. (*Münchener med. Woch.* 1889. Nr. 1). *Dr. Kraus.*

Położnictwo.

W. Bokelmann (Berlin): **O antyseptyce w położnictwie**.

Nauka o samozakażeniu i dokładne badania bakteryjologów rozdzieliły położników na dwa obozy: Jedni kładą główną wagę na odrażaniu położnika (podmiotowa antyseptyka), drudzy żądają także odrażania rodzących (przedmiotowa antyseptyka). Przed kilku laty wygłosił B. pod tym względem następujące dwie zasady: 1) Punkt ciężkości antyseptyki przy łóżku rodzącéj powinien spoczywać w dokładnem odrażaniu położnika, względnie położnéj; 2) zdrową rodzącą musimy w zasadzie z góry uważać za aseptyczną; odrażanie przewodu rodnego jest niepotrzebnem. Zapatrywania te znalazły licznych przeciwników, których zarzuty były następujące: 1) Zdarza się, że położnice, które dobrowolnie rodziły i nie były poddane badaniu, giną wskutek ciężkiego zakażenia gnilnego (samozakażenie); 2) między licznemi drobnoustrojami, zamieszkującemi przewód rodny zdrowéj kobiety, znajdować się muszą także ustroje chorobotwórcze, których zniszczenie jest głównem zadaniem położnika. Badania jednak różnych bakteryjologów pouczają, że dotąd nie udało się na pewne udowodnić, że chorobotwórcze istoty znajdują się w kanale rodnym zdrowéj kobiety, a w szczególności zdrowéj ciężarnéj lub rodzącéj. Mimo to wyprowadzają przeciwnicy z nieukończonych jeszcze badań bakteryjologicznych wnioski i żądania dla praktyki, które sprowadzić mogą wielkie niebezpieczeństwa. I tak twierdzą, że cały przewód rodny rodzącéj należy poddać energicznemu, ścisłemu i często powtarzanemu odrażaniu aż do wyjałowienia i tem samem punkt ciężkości antyseptyki stanowi nie antyseptyka podmiotowa, lecz przedmiotowa. Następstwem jednak tego jest zmniejszenie poczucia osobistéj odpowiedzialności lekarza dla zdrowia położnic, po drugie pozbawiamy postępowaniem takiem cały przewód rodny jego ochraniającéj pokrywy fizyjologicznéj, tj śluzu i w ten sposób przygotowujemy błonę śluzową dla wtargnięcia zarodków zakaźnych, z drugiéj zaś strony przedłużamy mechanicznie trwanie porodu. Zakłady, w których wogóle rodzących nie odrażano, pominąwszy oczyszczenie i odrażanie zewnętrznych części rodnych, cieszą się równo dobremi lub lepszemi wynikami, niż kliniki, hołdujące nowym zasadom. Dokładne przeprowadzenie odrażania pochwy i szyi jest możebnem tylko w klinikach. (*Berl. kl. Woch.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

J. Veit (Berlin): **O leczeniu ciąży pozamacicznéj**.

Na pytanie, czy ciąże szypułkowe można operować, odpowiada autor twierdząco. Ciąże jajnikowe operuje się jak guzy jajnikowe i nie przedstawiają one żadnych dalszych trudności, ciąże jajowodowe usadowione są między więzadłami i również nie przedstawiają zabiegowi w pierwszych 5-ciu miesiącach trudności, które zachodzą tylko przy rozpoznaniu, mogącem być tylko prawdopodobnem. Rozpoznać bez wywiadów możemy tylko wtedy, jeżeli obok macicy czujemy guz, który jest jajowodowym i o miękkiéj spójności, guz wywołany przez ciążę jajowodową nigdy nie jest napięty. Mogą się przydarzać grożące objawy pęknięcia, krwotoki, bóle podobne do porodowych. Co do leczenia, należy zauważyć, że powrót do nienaruszonego stanu jest niemożebnym, gdyż kobieta nigdy już prawidłowego jajowodu odzyskać nie może. Wobec jaja nienaruszonego uwzględnić należy następujące zabiegi: 1) elektrolizę, 2) wstrzykiwanie morfiny, 3) cięcie brzuszne. Elektroliza przedstawia w wysokim stopniu niebezpieczeństwa pęknięcia, i należy jéj z tego powodu unikać; wstrzykiwania morfiny są korzystne; przez cięcie brzuszne daną jest możność wyłuszczenia nienaruszonego jaja. Najważniejszem jest pytanie, co należy zrobić, jeżeli ciąża jajowodowa sprawia dolegliwości, do jakich należą przedewszystkiem pęknięcia i krwotoki w jamie brzusznéj. Podczas gdy Küstner i Fehling radzą bezwarunkowo operować przy krwotoku, wskazuje Veit na to, że właśnie w chwili występowania pęknięcia tworzyć się może krwiak; jeżeli pęknięcie jest bardzo drobne, to krwotok może ustać. V. więc w ten sposób określa swoje zapatrywanie: jeżeli w krwotokach nie czujemy wolno w brzuchu guza u chorych bez tętna, należy zabieg bezwarunkowo wykonać; jeśli jednak wobec tych samych warunków czujemy w brzuchu guz, nie należy operować, gdyż wytwarza się krwiak, który bez operacyi może uledz wyleczeniu. Rozpoznanie poronienia jajowodowego, t. j. obumarcia jaja w jajowodzie, nie jest trudnem, a objawem jego jest wydalenie jaja z jajowodu. Po obumarciu płodu przychodzi dość często do krwotoków i późniejszego zapalenia otrzewnéj miedniczéj. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Choroby oczne.

K. Rhein. **W sprawie mieszkowatego zapalenia spojówki oka**.

Drobnoustroje są przyczyną chorobowego wytwarzania się mieszków w błonie spojówkowéj, w któréj tkaninę wnikają i nie działając niszcząco na tkankę, wywierają na nią wpływ zapalny wskutek swéj sprawy życiowéj, co prowadzi do powstawania mieszków. Wytworzone w gruźlicy spojówki mieszki w niczem się nie różnią od t. z. mieszków jaglicowych. Różnicę postaci chorobowych w okresie tworzenia się mieszków rozpoznać można dopiero po stwierdzeniu drobnoustrojów, wywołujących sprawę chorobową. Przyczyną jaglicowego zapalenia worka spojówkowego jest prawdopodobnie nie pewien oznaczony rodzaj kokków, lecz ten sam kliniczny obraz chorobowy sprowadza mnóstwo gatunków prątków, różniących się od siebie. Jaglica jestto pojęcie zbiorowe, które z wyjątkiem gruźlicy spojówki obejmuje te wszystkie choroby worka spojówkowego, które łączą się z tworzeniem się mieszków w tkance spojówkowéj. Przyczyny łuszczki, występującéj w górnéj połowie rogówki w następstwie mieszkowatego zapalenia spojówki, można szukać w umożliwionem wskutek trwałego stykania się ze zmienioną

wydzieliną spojówkową zadziałaniu na powierzchnię rogówki. (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Choroby uszne.

E. Pins (Wiedeń): **Przyczynek do rozpoznawania przedziurawienia błony bębenkowéj.**

Dwa nowe sposoby rozpoznawania przebicia błony bębenkowéj przez autora podane mają być tak ważne i tak pewne, że mogą uczynić zb, tecznem używanie wziernika usznego i umożliwić lekarzowi niefachowemu łatwe rozpoznanie za pomocą nich wymienionego uszkodzenia błony. Z drugiéj strony te sposoby mają umożebniać rozpoznanie przedziurawienia tam, gdzie obecności tegoż za pomocą innych dotychczas używanych metod wykazać nie można oraz demonstracyję takiego przedziurawienia z daleka i dla kilku osób. Jedna polega na delikatnéj, czułéj, przez autora obszerniéj opisanéj rurce, którą się łączy szczelnie z przewodem usznym za pomocą czopka i rurki gumowéj 20—25-ciu ctm. długiéj. Słaby prąd powietrza z pewnego oddalenia wywołuje w tym przyrządzie ostry ton. W razie obecności otworu bł. b. taki ton daje się słyszeć już z daleka, jeżeli się wykonywa zabieg Politzera przy równoczesnem użyciu wymienionego przyrządu w uchu zewnętrznem. Przy drugim sposobie wdmuchiwa się sproszkowane materyjały o bardzo niskim ciężarze gatunkowym jak *lycopodium*, kwas borowy i inne do ucha zewnętrznego po przestrzykaniu i dokładnem wysuszeniu tegoż, późniéj wykonywa się zabieg Politzera, przyczem te proszki wylatują w razie obecności przedziurawienia w postaci dokładnie widzialnego pyłu. Przy obydwu sposobach drożność trąbki Eustachiusza jest warunkiem niezbędnym. P. poleca bardzo te metody przeważnie z powodów i w przypadkach powyżéj podanych. (*Wien. med. Presse*, 1888, Nr. 53). *Dr. R. Spira.*

Choroby skórne i weneryczne.

O. Lassar. **Przyczynek do patologii włosów.**

Stosunki patologiczne podstawy włosów były w ostatnich czasach przedmiotem wielu opracowań a mianowicie rozchodziło się tu o przyrodę łysiny plackowatéj, któréj możność przeniesienia doświadczalnie wykazał L. i tem samem przyczynę nadzwyczajnego rozszerzenia się jéj między ludźmi zresztą zupełnie zdrowymi każdego prawie wieku. Możność przeniesienia téj łysiny z człowieka na zwierzę i z niego na inne zwierzę jest stwierdzona. Aby się o tem przekonać, potrzeba tylko umieszczać między wyczesane pęki włosów wyłysieniem dotkniętych kobiet białe myszy, których skóra pokryta jest obojętnym tłuszczem lub też w skórę królika wetrzeć wypadające włosy i łuski, a nastąpi wnet wypadanie włosów u zwierzęcia. U człowieka robimy to doświadczenie codziennie, choć nie w tak uderzający sposób. Odgrywają tu rolę golarnie, w których grzebienie i inne narzędzia, użyte poprzednio u człowieka cierpiącego na wypadanie włosów, bywają przenośnikami choroby. Ale nietylko fryzyjerowie przyczyniają się swemi grzebieniami i szczotkami do przeniesienia choroby. Matka, dotknięta łysiną plackowatą, nie wzdrygnie się swym grzebieniem czesać także swoje dzieci. Małżonkowie zwykle mało dbają przy wspólnem używaniu grzebieni i szczotek i stąd to pochodzi, że tak wiele kobiet datuje utratę włosów od zamążpójścia. Ostrożni zresztą ludzie nie wahają się przy odwiedzaniu towarzystwa lub przy opuszczaniu zakładu kąpielowego używać znajdujących się tam grzebieni i tym sposobem przenoszą sobie chorobę. Każdy więc powinien tylko używać swoich grzebieni i szczotek i to dokładnie czyszczonych. Kto nie jest w stanie wezwać fryzyjera do domu, powinien przynajmniéj u niego zostawić narzędzia, a dzieciom należy już wczas wpajać, że także skóra głowy wymaga koniecznie czystości. Przebieg choroby, sposób powstawania, jéj nieregularne powiększanie się, nagłe ustawanie i postępowanie, notoryczna przenośność, wielka skłonność do nawrotów wskazują na zagnieżdżenie się roślinne i w zgodzie z tem jest także wpływ leczenia. Doświadczenia Josepha, który wykazał, że w następstwie przecięcia nerwów rdzeniowych występują miejsca łyse, podobne do łysiny plackowatéj, wcale jeszcze nie dowodzą, że nozologiczne przypadki *Alopeciae areatae* polegają nie na pasorzytach, lecz na zboczeniach w układzie nerwowym. (*W. m. Blätt.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Prof. M. Kaposi (Wiedeń): **Uwagi o ostatniéj epidemii półpaśca i przyczynek do jego etyjologii.**

Półpasiec występuje wprawdzie sporadycznie w wszystkich porach roku, pojawia się jednak także epidemicznie i ze względu na stosunki atmosferyczne, t. zw. charakter pogody, występuje w tych czasach, w których także róża i zapalenie płuc epidemicznie występują. Że jednak epidemiczny charakter półpaśca w patologii jego tak małą odgrywa tylko rolę, tłomaczy się tem, że podczas gdy w róży, zapaleniu płuc włóknikowem, ostrem, goścu stawowym, udało się wykazać drobnoustroje, które z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem uchodzą za ich przyczyny, to nie udało się to dotychczas w półpaścu. Ściśle jednostronne występowanie choroby i jéj charakter anatomiczny tłomaczy się zupełnie dobrze chorobą zwoju rdzeniowego i przechodzącego przezeń nerwu rdzeniowego. Po stwierdzeniu wybroczyny lub zapalenia zwoju lub nerwu rdzeniowego, odpowiadającego anatomicznie zakresowi półpaśca, wytłomaczony był także wtedy w sposób zrozumiały cały kliniczny obraz choroby: zapalenie lub nerwica w zakresie obszaru skóry przez nerw chory zaopatrzonego jakoteż czasem spostrzegane następstwa: zboczenia czuciowe (nerwoból, przeczulica) czynnościowe (*Hyper-*, *Anidrosis*), odżywcze: wypadanie włosów, zębów. Także dla niezwykłych, nietypowych postaci półpaśca mamy dostateczne wytłomaczenie, t. j. od obwodowych ognisk chorobowych lub zadrażnienia, n. p. od części rodnych, wychodzą pobudki do ośrodków naczynioruchowych rdzenia, których następstwem na skórze jest wybuch półpaśca. Taki jednak sposób tłomaczenia nie zadawala nas wobec dobrowolnie występujących tak sporadycznych, jak i epidemicznych przypadków *Herpes Zoster* i nasuwa nam się pytanie, czy w przypadkach tych nie mamy do czynienia ze swoistym bodźcem chorobowym, który od zewnątrz do ustroju wtargnął podobnie jak n. p. w krupowem zapaleniu płuc, abyśmy mogli uważać półpasiec za chorobę zakaźną. Przypuszczenie to opiera się na następujących własnościach półpaśca, wspólnych także innym chorobom zakaźnym: 1) sposób występowania półpaśca tłumnie, jako małe epidemije; 2) regularne powracanie takich epidemij w pewnych porach roku, na wiosnę i w jesieni, co znowu pozwala przypuścić, że stosunki atmosferyczne, właściwe tym porom roku, sprzyjają szczególnie rozwijaniu się pewnych zarodków chorobowych; 3) człowiek zawsze tylko raz przebywa *zoster*; 4) przydarzają się epidemije lekkie i ciężkie podobnie jak w odrze, płonicy, ospie, durze i t. d. (*Wien. med. Woch.*, 1889, Nr. 25 i 26). *Dr. Baschkopf.*

Choroby krtani.

Dubousquet-Laborderie (Paryż): **Leczenie błonicy przez usunięcie błon rzekomych i następowe przeciwgnilne wypalenie.**

D. leczył wspólnie z prof. Gaucherem tym sposobem 99 przypadków, z których tylko 4 skończyły się niepomyślnie. Dla niewątpliwego osiągnięcia dobrego wyniku tem leczeniem należy chorych często badać, aby się przekonać, czy wszystko dobrze i w odpowiednim czasie się wykonywa. W większéj liczbie przypadków, jeżeli tylko nie zapóźno zabrano się do leczenia, następuje szybko spadek ciepłoty, już po pierwszéj lub drugiéj kauteryzacyi, a w tych przypadkach nie występuje białkomocz. Już ósmego lub dziesiątego dnia po przypaleniu chorzy są zupełnie wolni od błon rzekomych. Pędzle w tym celu używane muszą być mocno zrobione; po usunięciu błon rzekomych przypieka się leżące pod niemi części 2 razy dziennie (rano i wieczór). Jeżeli błony szybko się odnawiają, należy to postępowanie i w nocy raz powtórzyć. Po każdem przypaleniu i co 2 godziny należy obficie przepłukać wodą karbolową, co uśmierza znacznie bóle powstające zaraz po przypalaniu. (*Intern. kl. Rundschau*, 1889, Nr. 2). *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

Kunkel (Würzburg): **O ostrem otruciu rtęciowem.**

Wobec niestety jeszcze dość często przydarzających się otruć sublimatowych po zabiegach chirurgicznych zasługują badania K. na baczną uwagę. Ostre otrucie sublimatowe cechuje się przedewszystkiem objawami ze strony jelit i nerek;

groźne i krwawe biegunki, mające przyczynę w owrzodzeniu, szczególnie błony śluzowéj jelita grubego, są obok mniéj lub więcéj silnego bezmoczu lub białkomoczu głównemi objawami zatrucia. Zmiany w jelitach są bez wątpienia następstwem zakrzepu w naczyniach włosowatych jelit, powstałego już za życia. To tworzenie się skrzepów można w części tłomaczyć znacznem i trwałem obniżeniem parcia krwi, występującem wnet w następstwie ostrego otrucia rtęciowego, mogącem wobec i tak już niekorzystnych stosunków krążenia w jelitach łatwo sprowadzić zastoinę krwi w naczyniach włosowatych. Takie opadanie parcia krwi w zatruciu rtęciowem stwierdził na pewne K. i jego uczniowie i to za pomocą rozmaitych sposobów wykazujących, że obniżenie parcia krwi objawia się zawsze szybkiem zmniejszeniem się ilości ciałek krwi. Liczba tych ciałek zmniejsza się w przypadkach otrucia rtęciowego kończących się śmiercią, w badanych próbach krwi aż do dwóch trzecich pierwotnéj ilości. Inna teoryja poucza, że istniejący w jelitach kwas siarkowodowy strąca krążącą w naczyniach jelitowych rozpuszczoną sól rtęciową jako siarczek rtęci. Z powodu tych strątów ma powstawać krzepnięcie i zatkanie naczyń włosowatych z następowem obumarciem błony śluzowéj. Rzeczywiście też znajdujemy w jelicie królików, które zginęły wskutek rtęci, takie czarne strąty, odpowiadające przebiegowi naczyń. Według K. jednak składają się te strąty nie z siarczku rtęciowego lecz z siarczku żelazowego, powstałego z żelaza barwika, który opuścił ciałka po skrzepnięciu krwi. Inna teoryja tłomaczy zmiany w jelitach przepełnieniem naczyń włosowatych krwią z powodu niedostatecznéj czynności serca i następowem pęknięciem tychże naczyń z powodu gwałtownych kurczów po otruciu sublimatem. Krzepnięcie w naczyniach włosowatych jelit powstaje z powodu rozpadu ciałek krwi, wywołanego działaniem sublimatu; uwolnione istoty włóknikotwórcze sprowadzają krzepnięcie, więc mielibyśmy tu zatrucie zakisowe. Zajęcie nerek w otruciu sublimatowem polega na zawałach wapiennych. (*Münch. m. W.* 1889 Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Notatki lecznicze.

Leczenie łuszczycy jodkiem potasu. Według doświadczeń kliniki w Amsterdamie wywiera jodek potasu niezaprzeczenie pomyślny wpływ szczególnie na świeże przypadki łuszczycy. Podawano tamże według Guttelinga zwykle 10—20 grm. dziennie; najwyższa dawka dzienna wynosiła 57 gr. Z 22 leczonych chorych pięciu zostało zupełnie uleczonymi, u 5-ciu przerwano leczenie wskutek gwałtownych objawów zatrucia jodem, wszyscy zaś pozostali doznali znacznéj poprawy. Najkrótszy czas leczenia wynosił u pięciu wyleczonych nieco więcéj niż 14 dni, najdłuższy 4 $^1/_2$ miesięcy. Największa ilość całego jodu, użytego przez jednego chorego, wynosiła 3684 gr.

Tinct. Simulo polecono zeszłego roku z Anglii jako lek przeciw padaczce. Eulenburg przekonał się, że, wprawdzie nie jest całkiem bezskuteczna, ale stoi niżéj, niż przetwory bromowe. Według Allen Starra w Nowym Jorku wpływa korzystnie na częstość i nasilenie napadów padaczki, chociaż nie w tym stopniu co brom; przeciw macinnicy i histero-epilepsyi jest całkiem bezskuteczna. Może więc być użytą, gdzie musimy brom odstawić.

IV. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

Pomiędzy większemi miastami Syberyi trzy tylko na wyróżnienie zasługują, a mianowicie: Omsk, Tomsk i Irkuck. Aż do czasu założenia Uniwersytetu w Tomsku współzawodniczyły one między sobą o wywalczenie palmy pierwszeństwa pod względem cywilizacyi na kresach państwa rosyjskiego. Dziś Tomsk stanowczo wyprzedził wszystkie inne miasta obszernéj „krainy Jermaka", jak Syberyję powszechnie nazywają, a zawdzięcza to jedynie i wyłącznie Uniwersytetowi. Omsk — po dawnemu — pozostał nie więcéj, jak tylko obszerniejszym i ważniejszym punktem administracyjnym Zachodniéj Syberyi, mieści się tam bowiem t. zw. stepowe Jenerał-Gubernatorstwo, z pod którego jednak gubernije Tobolska i Tomska są wyłączone i mają każda osobnego gubernatora, niezależnego bynajmniéj od Jenerał-Gubernatora, który znosi się wprost z ministeryjum spraw wewnętrznych. Tomskim gubernatorem jest obecnie od roku niespełna Rz. radca stanu p. Bulubasz, człowiek bardzo uczciwy i robiący wszelkie wysiłki, aby miasto podnieść pod względem moralnym, co jest więcéj niż na dobie raz dla tego, że przewodniczą tu dotąd osoby, zesłane za najbrudniejsze sprawy kryminalne (politycznych zesłańców, praw pozbawionych, zaraz po otwarciu Uniwersytetu z Tomska usunięto), a powtóre, że przekupstwo i łapownictwo tutejszéj klasy urzędniczéj przysłowiowem się stało. To też żałować należy, że nadwątlony stan zdrowia p. Bulubasza nieraz w poprzek staje najlepszym jego usiłowaniom. Gubernator jest tu zarazem najwyższym zwierzchnikiem dla lekarzy, pozostających na rządowéj służbie cywilnéj, o ile ci nie należą do ministeryjum oświaty i znosi się z nimi za pośrednictwem podkomendnego sobie gubernialnego inspektora służby lekarskiéj, którym od 25 lat jest rodak nasz, Rz. radca stanu, Dr. Matkiewicz. Co się tyczy Irkucka, to jest to aż do dziś dnia stanowczo najbogatsze miasto w całéj Syberyi; mieszka w niem kilku istotnych krezusów, kupców z powołania, pomiędzy którymi najpierwsze miejsce zajmuje głośny mecenas nauki i patron tutejszéj wszechnicy, Aleksander Sibiriakow. Nadto w Irkucku mieści się jenerał-gubernatorstwo wschodniéj Syberyi, jest więc to miasto nie mniejszym ośrodkiem administracyjnym, niż Omsk; na tem jednak koniec. Za Ateny syberyjskie dziś. po założeniu Uniwersytetu, Tomsk jedynie uważać należy; pod względem ożywienia handlu, liczby mieszkańców, zabudowania i ogólnego wejrzenia miasto to w niczem dwom poprzednim nie ustępuje, a Omsk nawet przewyższa. Że Europa więcéj dziś o niem mówi, niż o dawnych współzawodnikach, zawdzięczać należy także i wyłącznie nowéj świątyni wiedzy.

O ile się Tomsk korzystnie, zwłaszcza latem zdaleka przedstawia, jest bowiem miastem śród zieleni na wzgórzach położonem i przeciętem przez dwie rzeki — Uszajkę i Tom, z których ostatnia spławna, o tyle nieprzyjemnem jest bliższe z tem miastem zetknięcie. Dość powiedzieć, że jest niebrukowane, jak wszystkie zresztą miasta syberyjskie, przez co letnią porą powstaje kurz nie do opisania, a gdy deszcze spadną — błoto, o jakiem mieszkańcy Europy nawet pojęcia mieć nie mogą; że stosunkowo niewiele — i to prawie wyłącznie w środkowéj części miasta — jest tu domów murowanych, a większość drewniane budynki, między któremi nierzadko, nawet na najkardynalniejszéj z ulic, wprost lepianki się spotyka; że municypalność miasta, okrom części, przylegającéj do domu gubernatora, nie zna, co jest skrapianie ulic albo wywożenie nieczystości, które na łaskę i niełaskę deszczów są skazane, a zimą — śniegiem pokryte; że po ulicach krowy i inne zwierzęta również swobodnie sobie jak po pastwiskach wędrują; że okutych w kajdany przestępców raz po raz masz przed oczami, że oświetlenie całe na kilkudziesięciu zaledwie naftą zasilanych latarniach polega; że wodę po domach wprost z rzeki rozwożą, studnie bowiem nie są tu znane, że wreszcie warunki higijeniczne miasta są w stanie więcéj niż opłakanym. To też patrząc śród takich warunków na majestatycznie i poważnie stojący Uniwersytet pytasz mimowoli, czy to nie sen, czy to nie złudzenie, czy to nie jaki *error loci* lub *error temporis!...*

Młodym jest syberyjski najwyższéj wiedzy przybytek, a już ma swoją historyję i najprzeróżniejsze przechodził koleje, zanim go ostatecznie do życia powołano. Myśl założenia go powstała jeszcze za panowania cesarza Aleksandra I. na początku bieżącego stulecia i wskazywano wtedy na Tobolsk, jako na miasto, które miało mu otworzyć swoje podwoje. Na projekcie się jednak skończyło, pomimo, że jeden z najgłośniejszych filantropów i mecenasów rosyjskich Paweł Demidow złożył w 1803 roku 100.000 rs. z warunkiem, aby suma ta w połowie była użytą na założenie Uniwersytetu w Kijowie, a w połowie na założenie Uniwersytetu w Tobolsku. Dopiero o 50 z górą lat później, za panowania Aleksandra II., na wniosek ministra oświaty Norowa ówczesne sfery rządzące w 1856 r. przyznały, że dla Syberyi rzeczywiście niezbędny jest wyższy zakład naukowy, któryby nie tracąc charakteru Uniwersytetu, odpowiadał specyjalnym warunkom téj prowincyi. Prawdziwe jednak starania i usiłowania w celu urzeczywistnienia myśli, od tak dawna już kieł-

kującéj, podjęte zostały dopiero w roku 1875 przez jenerała adjutanta Kaznakowa, kiedy mu powierzono jenerał-gubernatorstwo zachodniéj Syberyi i wskazano na Omsk, jako na punkt środkowy, skąd miał sprawować swe rządy. Dzięki zabiegom tego męża stanu utworzoną została osobna komisyja, złożona z proff. Chodniewa, Floryńskiego, Wasilewskiego, Pachmana i członka rady przy ministeryjum oświaty Georgiewskiego i mająca za zadanie rozpatrzeć bliżéj projekt syberyjskiego Uniwersytetu. Na podstawie danych, dostarczonych przez powyższą komisyję, ówczesny Minister oświaty (a następnie spraw wewnętrznych), Dymitr hr. Tołstoj wystąpił d. 29 maja (10 czerwca) 1876 r. z wnioskiem w Radzie Państwa, wskazując na Omsk, jako na punkt tak pod względem geograficznym jak i etnograficznym więcéj odpowiedni dla przyszłéj wszechnicy, aniżeli Tobolsk, który stopniowo utracił swoje dawne historyczne znaczenie. Miano wprawdzie pierwotnie na uwadze Tomsk, a nawet jenerał Kaznakow z początku przechylał się na korzyść tego miasta, w końcu jednak, z uwagi na doniosłość Omska, jako najważniejszego punktu administracyjnego w całéj zachodniéj Syberyi, uznał za więcéj odpowiedni swoją rezydencyję — Omsk. Minister oświaty przychylił się do tego zdania i w tym też duchu zapadła odnośna uchwała Rady Państwa, ażeby 1/13 lipca 1880 r. założyć w Omsku nowy Uniwersytet, specyjalnie dla Syberyi, składający się z 4 wydziałów i poruczyć go zwierzchniemu zawiadywaniu jenerał-gubernatora, tak jak i inne zakłady naukowe zachodniéj Syberyi. Nadmienić przytem należy, że okręgi naukowe w Syberyi podówczas nie istniały tak jak w europejskiéj Rosyi i że pierwszy i jedyny taki okrąg w Syberyi, noszący miano zachodnio syberyjskiego, utworzony został dopiero po wybudowaniu Uniwersytetu. Ówczesny prezes rady państwa, wielki książe Konstanty Mikołajewicz, będąc osobiście odmiennego zdania i uważając Tomsk pod każdym względem za odpowiedniejszy dla przyszłego Uniwersytetu, aniżeli Omsk, pomimo już zapadłéj uchwały, użył wszelkich wpływów i starań, aby zasadniczą tę kwestyję poddać ponownemu i więcéj szczegółowemu roztrząśnięciu. W tym właśnie celu, na mocy najwyższéj decyzyi, utworzoną została przy ministeryjum oświaty, pod prezydencyją towarzysza ministra ks. Szyryńskiego Szachmatowa, ponowna komisyja, składająca się, oprócz prezesa, jeszcze z 4 członków, a mianowicie: Członka rady ministeryjum spraw wewnętrznych, tajnego radcy A. Despota-Zenowicza (naszego rodaka, niegdyś gubernatora Tomskiego), Akmolińskiego wice gubernatora, Rz. radcy stanu M. Kurbanowskiego, głównego inspektora szkół zachodniéj Syberyi, Rz. radcy stanu A. Dziuby i członka rady lekarskiéj przy ministeryjum spraw wewnętrznych, Rz. radcy stanu Dra Walisego Floryńskiego, przedtem aż do r. 1875 profesora akuszeryi w medyko-chirurgicznéj Akademii w Petersburgu, a następnie od r. 1878 profesora akuszeryi kazańskiego Uniwersytetu, obecnie zaś kuratora zachodnio-syberyjskiego okręgu naukowego. Komisyja ta rozpoczęła swe czynności w listopadzie 1877 r., a następnego roku przystąpiła do ogłoszenia drukiem swych wniosków. Pod wpływem danych, dostarczonych przez w mowie będącą komisyję, ministeryjum oświaty przechyliło się stanowczo na stronę Tomska i 11/23 lutego 1878 r. wystąpiło z wnioskiem w tym duchu do Rady Państwa, która uchwałą, zapadłą 16/28 maja 1878 r. orzekła, że w Tomsku, a nie w Omsku ma być założony cesarski syberyjski Uniwersytet o 4 wydziałach, a mianowicie: filologiczno-historycznym, fizyko matematycznym, prawnym i lekarskim i poruczyła ministrowi oświaty, po bezwłocznem wygotowaniu planów i kosztorysu, przystąpić natychmiast do budowy. Uchwałę Rady Państwa cesarz Aleksander II. w zupełności zatwierdził i tym sposobem myśl, kiełkująca przed laty dziewięćdziesięciu, dopiero przed dziesięciu laty mogła wejść w wykonanie. (C. d. n.).

Listy z Albanii

Dr. W. Jabłonowskiego.

(Dok. Patrz Nr. 37).

III.

Postać ogrodów i lasów, które bawią oko i zwracają uwagę przejeżdżającego wybrzeżem Adryjatyckiem południowéj Albanii, z pewnem uwydatnieniem szczegółów daje się przenieść i na północną jej stronę. Różnica jednak, jaką tu spostrzegamy, jest dość widoczną i o tyle znaczącą, że pominięcie jéj jest niepodobnem dla klimatologa. Lasy bowiem północnéj Albanii złożone przeważnie z zarostów dębiny, buczyny i olszyny, prócz ich znaczenia ekonomicznego mają jeszcze i tę doniosłość, że są siedliskiem osad rolnych i miejscem pobytu pasterzy trzód, stosownie do położenia znajdujących tu pożywną paszę. Hygienista więc i weterynarz znajdą tu niejedno ciekawe spostrzeżenie do zanotowania. Aby je lepiéj uwydatnić, podzielimy pas lasów albańskich na zarosty olszy i wierzby, zbiegające się i żywiące niejako bardzo znacznym zasobem wilgoci bagnistéj kotliny i zarosty sosny, buku, celtis, dębu i jasionu, przeważnie pokrywające skłony górskie i tylko rzadko sięgające do ich szczytów. Pierwsze ukrywają w sobie kałuże lub nawet przestrzenie bagniste, będące dalszym ciągiem zaznaczonych w kotlinach. Drugie, ożywione spadającemi strumieniami, tu i owdzie rozdarte grzbietem opadłego głazu, dają wprawdzie cień, lecz zanieczyszczają powietrze rozkładem nagromadzonego tu próchna i listowia. Ostatnia okoliczność, tak dobrze jak i wyziewy bagienne, jest przyczyną niezbyt pomyślnych warunków klimatycznych tych miejscowości I choć potwierdziłem, że siła zakażenia zimniczego jest tu łagodniejszą w porównaniu z przypadkami zauważanemi w kotlinie przymorskiéj, to wypada to jedynie przypisać zwyczajowi tutejszych mieszkańców ustalenia swych osad po skłonach górskich lub nad wybrzeżami licznych tu strumieni, słowem w miejscowości bardziéj dostępnéj dla prądów powietrza. To też ci z osadników, co są zmuszeni przebywać stale lub nawet czasowo na krańcach lasów zbliżonych ku bagnom, już samą swą postacią zdradzają wyraźny wpływ zaduchów na ustrój, podczas gdy mieszkający w górnych częściach lasów więcéj narażeni na działanie wilgoci, zapewniają, że zimnica pośród nich bywa rzadkim pojawem tylko. Spostrzeżenie to potrzebuje jednak potwierdzenia, ponieważ niepodobna zaufać zdaniu podgórskich tutejszych mieszkańców wcale nie zwracających się do lekarzy, choćby nawet dorosłych i serwatką, zmięszaną stosownie do okoliczności z większą lub mniejszą ilością gorzałki z winogron („Kiumszt“), leczących groźniejsze niedomagania. Słowem, podobnie jak na przestrzeniach pokrytych bagnami, tak i albański pas podgórski posiada klimat szkodliwie tylko oddziaływający na zdrowie mieszkańców.

Lecz z chwilą przeniesienia się w tutejsze górskie doliny powody narzekania na wpływy wyziewów bagiennych wkrótce ustają. Różnica w położeniu geograficznem, większa ilość łąk i sosnowych lasów, rzeki płynące korytami o pokładach krzemionki i wapienia, ocienione ogrodami, plantacyjami winogron i oliwy, są to okoliczności korzystnie oddziaływające na jakość klimatu tych miejscowości. Wystarcza też jedna doba podróży, aby się zapewnić, jak górskie powietrze często nasycone aromatem lasów iglastych, daléj jak lepsza woda do picia, jakość nabiału, oddziaływają korzystnie na ogólny stan zdrowia mieszkańców. I wtedy, gdy w dolinach powietrze przesycone parą wodną już z końcem lutego jest ciężkiem i ociepłonem, w pasie górskich tutejszych okolic po nad wybrzeżami licznych tu rzek i strumieni dopiero z końcem maja odczuwa się pierwsze wiosenne pojawy. I tutaj to lepszy stan zdrowia mieszkańców zależy po części od zwyczaju osiedlania się w wąwozach i przesmykach, zakrytych lasem lub ściśniętych ścianami górskich olbrzymów, głównie jednak od kierunku nasilenia i trwania albańskich wiatrów. Ten bowiem przenośny ruch powietrznych warstw przez bardzo częstą swą zmienność i kierunek w dolinach stale zachodnio-południowy, a na wyżynach wschodnio-północny, sprzyjając szybszemu rozwojowi cieplika w pasie dolin nadmorskich, na górskich płaszczyznach siłą prądów zmniejsza wprawdzie zasób wilgoci, lecz też i dłużéj podtrzymuje niższy stopień dziennéj ciepłoty. Jednostajność zaś prądów wiatru jest tu tak stałą, tak pospolitą w pojęciu mieszkańców, że góral tutejszy przybywszy w doliny dziwi się i narzeka na południowe powiewy, podczas gdy swój „karajel“ uważa za prąd wiatru dla siebie niezbędny. To samo da

się zastosować i co do ilości dni dżystych, bardzo częstych w pasie bagien, bo trwających zwykle od początku września do połowy stycznia, rzadszych zaś w pasie dolin górskich i cechujących się daleko mniejszym zasobem spadającéj wody. To też i w téj okoliczności góral tutejszy żartuje sobie z mieszkańców dolin, pytając spotkanego w podróży, czy w mieście Skutarach, które opuścił przed czterema miesiącami — deszcz jeszcze pada? Dowód to niestałości zmian atmosferycznych w dolinach i kotlinie przymorskiéj, a zarówno i w pasie orograficznym Albanii, pojawów cechujących jakość klimatu w téj lub owéj okolicy. Oceniwszy też pierwszą, z uznaniem tylko mogę się wyrazić o drugiéj t j. górskiéj. Bo pominąwszy zachodnie okolice jeziora skutarskiego, już od podgórza północnych albańskich Alp, daléj na południe ku porzeczu czarnego Drynu aż ku obszernéj górskiéj dolinie, na któréj wznoszą się miasta Kroja i Tyrana, co chwila można zaznaczyć jakiś punkt, odpowiadający wymaganiom stacyi klimatycznéj, oczywiście pod względem jakości powietrza tylko. Daléj, dążąc środkiem prowincyi spotykamy się z okolicą starożytnego Albanopolis (Elbassan), która z powodu oddziaływających tu wyziewów z bagien Kawasa, Pekiny i wybrzeży Szkumbi stanowi klimatyczną tamę między północną i południową Albaniją. Bo w istocie, gdy się tylko pominie obszerną dolinę zaznaczoną rzeką Dewol, znowu warunki klimatyczne stają się lepszemi. Co chwila oko opiera się na gajach lasów, strojnych łąkach i górskich skłonach, zaznaczonych wstęgami czystych strumieni. Wsie i miasteczka otacza najpowabniejsze panorama i podróżny zazdrości niejako tak cennym i tyle wydatnym, pomyślnym warunkom zdrowotnym, w jakie sama natura uposażyła okolice starego Epiru. Bez zmiany opinii pomija się obszerne pastwiska, górzystą okolicę zwaną „Zagora“, dotyka się pasma „Micykati“, dominującego nad jeziorem Janina i nieraz spotykając źródła wód mineralnych, choć obfitych, to jednak pogardzanych, dobiega się do okolicy zwanéj krainą Sutiotow, po za którą nieznaczny pas bagien Arty oddziela posiadłości albańskie od niedawno zakreślonéj granicy greckiéj.

Wreszcie ostatnim punktem z warunkami klimatu mało pozostawiającemi do życzenia jest okolica Prewezy najbardziéj wysunięta na południe i tak postacią swych lasów oliwnych, jak i gajami pomarańczy, przywabia ona szukających łagodnego powietrza i tem samem zasługująca, aby na nią zwrócono uwagę jako na stacyję klimatyczną ze znacznym stopniem ciepłoty, brakiem silnych prądów wiatru, zasobem wybornych owoców, ryb, nabiału, słowem dla mniéj wybrednych, mogących zastąpić zbyt już drogie Korfu.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 8 września. P. Minister Oświecenia potwierdził uchwałę grona profesorów Wydziału lek., nadającą *veniam legendi* z fizyjologii Drowi Gustawowi Piotrowskiemu.

* Dnia 4-go wrzeęnia rozpoczęła obrady Komisyja mięszana administracyjno budowniczo-sanitarna, wydelegowana przez Rząd celem opracowania programu ulepszeń w zakładzie zdrojowym w Krynicy. Komisyja ta obraduje pod przewodnictwem p. Friedricha, starosty nowosądeckiego, składa się zaś z następujących członków: p. Wazla, sekretarza ministeryjalnego, jako reprezentanta ministeryjum rolnictwa, Dra Merunowicza, radcy namiestnictwa i referenta spraw sanitarnych w Galicyi, p. Glanza, naczelnika galicyjskiéj dyrekcyi dóbr państwowych, p. Braunseisa, radcy budownictwa przy namiestnictwie we Lwowie, Dra Marsa, docenta uniwersytetu i lekarza wolno-praktykującego w Krynicy, p. Sokołowskiego, zarządcy zdrojowego, Dr. Kopffa, lekarza zakładowego i Dra Ebersa, kierownika zakładu hydropatycznego. Nadto zaproszonym został przez Rząd do wzięcia udziału w obradach prof. Dr. Korczyński, rektor uniwersytetu w Krakowie, stosunki jednak rodzinne zezwoliły mu tylko na jeden dzień wydalić się z domu, aby wziąć w niedzielę udział w ważnych bardzo obradach Komisyi. Komisyja pracuje po 8 do 10 godzin dziennie i bada z wielką gruntownością wszelkie stosunki sanitarne, budownicze i administracyjne naszego zakładu. Jeżeli Rząd, jako właściciel zakładu, wykona choćby przeważną część wniosków wskazanych przez Komisyję, w krótkim czasie Krynica zajmie jedno z pierwszych miejsc w rzędzie zdrojowisk nie tylko austryjackich, ale europejskich. (*Krynica*, Nr. 16).

* (J. B.) **Strasburg** 16 września. (*Koresp. oryg.*) Zjazd higijenistów świetny. Uczestników przeszło 300. Program bardzo zajmujący: Porównanie urządzeń higijenicznych przed zajęciem Strasburga i po niem; wymogi higijeniczne pod względem budowlanym; urządzenia dla ozdrowieńców; środki przeciwko szerzeniu się gruźlicy; środki ochronne przeciwko szkodliwościom dla jeżdżących koleją. Z Polaków poznałem Mińkiewicza z Poznania. Sprawozdanie w swoim czasie złożę.

* W Nrze 37 *Gazety Lekarskiéj* czytamy co następuje:

„Dn. 9 b. m. zmarł w Warszawie Szaja Hert, o którym przed kilku laty wspominaliśmy w naszéj gazecie z powodu poświęcenia i znacznych ofiar, jakiemi hojnie uposażył szpital starozakonnych. Był to człowiek prosty, z zawodu piekarz, bez żadnego naukowego wykształcenia, ale niezmiernéj zacności i uczynności. Będąc starszym stowarzyszenia pielęgnowania chorych, nie żałował do ostatnich chwil pracy i pieniędzy. Przeszło ćwierć wieku, nie bacząc na stan pogody, nie bacząc na siły skołatane pracą i chorobą, która go oddawna trawiła, nie bacząc wreszcie na wiek, wymagający już spokoju, codziennie po północy zjawiał się w szpitalu, aby się tu wśród chorych przekonać, czy który nie potrzebuje jego pomocy moralnéj, a co ważniejsza — materyjalnéj. To też wszelkim żądaniom lekarzy szpitalnych zawsze z największą chęcią zadość czynił, zakupując drogie przyrządy, leki nie objęte farmakopeą szpitalną, wino, koniak, kefir, kumys i t. d. Był stałym dostawcą pieczywa ze swéj piekarni, jedynie dla tego, aby chorzy w szpitalu mieli istotnie wyborowe pieczywo i aby wszelkie zyski, otrzymane z owéj dostawy, składać regularnie co miesiąc na korzyść biednych chorych w szpitalu. Śmiało powiedzieć możemy, że w naszem społeczeństwie Hert był w danym kierunku jedynym człowiekiem, który tak gorąco odczuwał potrzeby biednych chorych i biednéj instytucyi. A wszystko to czynił nie dla rozgłosu, nie dla imponowania lub rozkazywania w obdarzanej instytucyi: z natury cichy, skromny, pełen szacunku dla ludzi wiedzy, szedł poprostu za popędem swego zacnego i szlachetnego serca. Szpital starozakonnych traci w Hercie prawdziwego dobroczyńcę, a nie łatwo znajdzie się taki, którvby jego miejsce zastąpił. Życzyćby należało, żeby u nas tak wśród ludności chrześcijańskiéj jak i żydowskiéj więcéj podobnych Hertów się pojawiało. Cześć pamięci zacnego człowieka!“

* **Wiadomości uniwersyteckie. Tübinga.** Docenci prywatni Vierordt i Wagenhäuser mianowani zostali profesorami nadzw. — **Fryburg.** Docent okulistyki Knies otrzymał charakter prof. nadzw. — **Christijanija.** Dr. Tornp z Kopenhagi otrzymał katedrę fizyjologii. — **Grac.** Katedrę psychijatryi i nerwo-patologii po Krafft-Ebingu otrzymał docent wiedeński Wagner.

* **Zmarli.** Prof. chorób we Wrocławiu Voltolini (urodz. w r. 1819), w Paryżu Dr. Perrin, prezes Akademii lekarskiéj, w Leodyjum prof. położnictwa Wasseige (urodz. w r. 1827), a w zdrojowisku Crantz prof. okulistyki w Królewcu Jacobson (urodz. w Królewcu w r. 1828).

* W Krakowie umarł d. 18 b. m. Dr. Aleksander Rybczyński, b. lekarz w szpitalu św. Łazarza i b. lekarz okręg. miejski w Krakowie, licząc lat 51. Zmarły od lat kilku złożony był ciężką niemocą.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 37: Nenckiego: O rozkładzie białka pod wpływem anerobów; Wróblewskiego: Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardziela (c. d.); Andrzejowskiego: Zmiażdżenie całéj goleni i t. d. — W *Odczytach klin.* zeszyt 8: Krówczyńskiego (we Lwowie): Leczenie trypra ostrego i przewlekłego.

Redakcyja otrzymała:

Prof. HLAVA: Studie o tyfu skvrnitém. (Odbitka ze *Sborniku lékařského* III t.) w Praze 1889, in 8-vo str. 61. — Dr. LANDOLT: F. C. Donders. (Odbitka z *Arch. d'Ophtalm.*). Paris 1889, in 8-vo str. 16. — Dr. G. PIOTROWSKI: O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym. (Odbitka z *Przeglądu Lek.* 1889), in 8-vo str. 17.— Dr. A. OBRZUT: Origine des produits inflammat. du rein dans l. maladie de Bright. (Odbitka z *Arch. de méd. expér*. Paris 1889), in 8-vo str. 27 z tabl. chrom. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: O zaniku spojówki. (Odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo str. 10 z tabl. litografowanemi. — Tenże: Zaćmy urazowe. (Odbitka z *Nowin Lek.* 1889), in 8-vo str. 3. — Dr. WEHR (Lwów): Weitere Mittheil. ü. die posit. Ergebnisse d. Carcinom — Ueberimpfungen von Hund auf Hund. (Od-

bitka z *Langenbecks Arch.*) in 8-vo str. 3, z tabl. litogr. — T e n ż e: To samo, ciąg dalszy (Odbitka z *Centralblatt für Chir.* 1889), in 8-vo str. 3. — Dr. CHŁAPOWSKI: Listy z Kissingen. (Odbitka z *Nowin Lek.*) Poznań 1889, in 8-vo, str. 20 — Dr. ROGOWICZ: Wskazówki do zapobiegania powstawaniu zakażenia połogowego w prakt. pryw. (Odbitka z *Medycyny* 1889), in 8-vo str. 11. — Dr. KARLIŃSKI: Zur Kenntniss des Bacillus enteritidis Gärtner. (Odbitka z *Centralbl. f. Bakteriolog.* 1889), in 8-vo str. 4.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 28 Września 1889. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O zabiegach plastycznych dla pokrycia większych ubytków i owrzodzeń.

Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia 15-go lipca b. r.
przez

Dra Aleksandra Bossowskiego,
I. Asystenta kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 38).

Dłuższy czas przez sposoby anaplastyczne wyparta metoda autoplastyczna, a polegająca na pokrywaniu ubytków płatami na szypułkach przeniesionemi z odległych okolic ciała, dzięki Maasowi odrodziła się w nowéj, ulepszonéj swéj formie. Podczas gdy jednak długi okres od zawiązku téj metody nacechowany był przeszczepianiem płatów skóry uszypułkowanych na ubytki dopiero w chwili, gdy oddzielone od dna macierzystego pokryły się należycie ziarniną, a skutkiem tego też przykurczyły się znacznie, Maas niezrażony niepowodzeniem, które innym przypadło w udziale, z pomyślnych prób Thierscha, Wooda i innych biorąc otuchę, udoskonalił sposób autoplastyczny, przenosząc świeże płaty na szypułkach z dalekich okolic, aby zastąpić niemi braki zrządzone zniszczeniem części miękkich. Nie małą pomocą w udoskonaleniu téj metody były mu gruntowne badania Thierscha nad zmianami anatomicznemi w przebiegu przyrastania skóry na powierzchniach ziarninowych.

Gdy już autoplastyka z okresu przeszczepienia płatów brodawkujących wyliczyć może nie mało pomyślnych wyników, jak to dowodzą przypadki Thierscha, Billrotha, Gussenbauera, Czernego i wielu innych, właściwy jéj rozkwit datuje się jednak dopiero od chwili, w któréj Maas, przez ścisłe zestawienie prawideł i określenie warunków postępowania, wytknął dla niéj zasadnicze podstawy. Bez jasno wyrażonych prawideł stosowana przedtem metoda zyskała teraz na pewności skutku, czas potrzebny do osiągnięcia wyniku transplantacyi skrócił się niepomiernie i stało się możliwem pokrycie rozległych nawet ubytków skóry, w inny sposób nieuleczalnych, z utrzymaniem dotkniętego cierpieniem członka, a nadto z przywróceniem prawie normalnych stosunków w miejscu przeszczepionego płatu skórnego. Postępowanie swe Maas ujął w szereg reguł, które w streszczeniu tu przytoczę:

1. Część ciała, z któréj płat skórny wycięty ma posłużyć do przeszczepienia, winna być nieruchomo i to najlepiéj za pomocą opatrunku gipsowego w położeniu najdogodniejszem dla chorego ustalona w pobliżu ubytku, o którego plastyczne pokrycie się rozchodzi.

2. Dno ubytku lub owrzodzenia należy pozbawić górnego miękkiego pokładu ziarniny tak, aby pozostała jedynie dolna warstwa z zbitéj tkanki łącznéj złożona, w któréj równolegle ciągnąca się sieć naczyń sprzyja przyrośnięciu przeszczepionego płatu.

3. Płat wyciętym być winien w kierunku przebiegu naczyń, chociażby przez to narażony być miał nawet na znaczniejsze skręcanie po przeniesieniu go na ubytek.

4. Szew łączący płat z brzegiem ubytku, jako też zetknięcie płatu z dnem odświeżonem mają być dokładne.

5. Szczególnéj uwagi wymaga zabezpieczenie niepołączonéj części płatu, t. j. szypułki i ubytku, od wyschnięcia i następowego obumarcia, jako też gnilnego zakażenia i w tym celu Maas osłania te części gazą pokrytą pokładem maści borowéj i przestrzega prawideł antyseptyki tak w czasie operacyi, jakoteż przy opatrywaniu, niepodlegającemu zresztą zmianie aż do chwili stosownéj dla przecięcia szypułki.

6. Przecięcia zupełnego szypułki przeszczepionego płatu można dokonać bez obawy między 10—14-dniem, wówczas należy do reszty przyrośnięty do dna płat połączyć szwem z brzegami ubytku. Czas ten od wykonania plastyki aż do przecięcia szypułki skrócił Maas do 7 i 9 dni w przypadkach następnych, które omówił na XIV. kongresie chirurgów w Berlinie, utrzymując zresztą w całéj mocy szereg poprzednio wytkniętych prawideł dla ulepszonéj swym sposobem autoplastyki. Wyniki osiągnięte przez Maasa wywołały żywsze zajęcie się

metodą przezeń udoskonaloną i pobudziły niebawem do podjęcia dalszych prób w tym kierunku, uwieńczonych pomyślnym skutkiem, które na drodze rozszerzenia jéj zakresu i dla jéj rozwoju cenne przyniosły już zdobycze.

Nicoladoni, Czerny, Saleer ogłaszają szereg pomyślnie zakończonych przypadków, a Wagner pierwszy użył téj metody do pokrycia świeżych, drogą obrażenia powstałych ubytków, aby zapobiedz następczemu przykurczeniu blizn.

Hacker z kliniki Billrotha opisuje między innemi przypadek rozległych blizn pod kolanem wynikłych z oparzenia, w którym stosując metodę autoplastyczną sposobem Maasa, wykroił z klatki piersiowéj długi płat o 2 szypułkach i po pod takowy przeciągnął stopę i podudzie aż do kolana, gdzie w dole podkolanowym spoczął odżywiony z dwóch stron płat. Postępowanie powyższe pozwala na wycięcie długich a wąskich płatów, gdzie niedostateczne odżywienie przez jedną szypułkę grozi obumarciem tychże a zarazem umożliwia pokrycie ubytków kończyn dolnych płatami przeniesionemi z klatki piersiowéj. Doświadczenie, które wyniósł Hacker z leczonych przez się metodą autoplastyczną chorych, upoważnia go do wyrażenia nadziei, że przez przyrośnięcie przemieszczonego płatu tylko brzegiem do zadanéj umyślnie rany na kończynie, możnaby — z klatki piersiowéj albo grzbietu — w okolice odległe, nie dające się zbliżyć do tułowiu, przemieścić płaty skórne, urządziwszy dla nich stacyję przystankową w miejscu takiem, skąd przeniesienie dalsze na ostateczne ich siedlisko nie przedstawia żadnéj trudności. To błąkanie się płatu na krętych drogach, zanim stanie u kresu z góry ubytkiem mu wskazanego, które Hacker równie do płatów o podwójnéj szypułce odnieść pragnie, uważać należy za przedłużenie wędrówki dawnéj już znanéj, a na bliskie obliczonéj przestrzeni, którą zalecał również Obaliński i z pomyślnym skutkiem w przypadku uporczywego owrzodzenia na pięcie przeprowadził. Razem z rozszerzeniem wędrówki płatów leczenie rozległych wrzodów zwłaszcza podudzia zyskuje nowy cenny sposób do pokrycia skórą przeniesioną z tułowia obszernych ubytków, dla których kończyna druga dostatecznego materyjału dostarczyć nie jest w stanie.

Prawidła autoplastyki ułożone przez Maasa nieznacznéj dotąd doczekały się zmiany i w zasadniczych swych punktach stanowią do dnia dzisiejszego wzór postępowaniu temu wytknięty. W miejsce płatków powleczonych maścią borową dla ochrony szypułki od zasychania i obumarcia, użył Hacker gazy jodoformowéj posmarowanéj waseliną, łącząc w ten sposób antyseptyczną własność gazy jodoformowéj z działaniem odwilżającem waseliny.

Konieczność zupełnego unieruchomienia części, na którą płat ma być przeszczepiony, w pobliżu miejsca pierwotnéj jego siedziby, jako niezbędny warunek pomyślnego wyniku autoplastyki według postępowania Maasa nie straciła dotąd swego znaczenia, i tylko sposób tego unieruchomienia nieco się zmienił, znajdując przynajmniéj w przypadkach transplantacyi płatów na kończynę górną dostateczną pewność w ustaleniu za pomocą wałków i poduszek z waty zbitéj, umocowanych zwojami opasek miękkich i opasek organtynowych nakrochmalonych.

W szeregu przypadków z owrzodzeniami na kończynach górnych, które dzięki łaskawéj życzliwości czcigodnego mego kierownika prof. Rydygiera miałem sposobność w tutejszéj leczyć klinice, według metody autoplastycznéj przez Maasa udoskonalonéj, bez wyjątku wynik okazał się zupełnie pomyślnym, mimo że do unieruchomienia kończyny w pobliżu brzucha, skąd płat skórny w celu przeszczepienia go na ubytek kończyny górnéj stale we wszystkich przypadkach został wycięty, posługiwałem się wyłącznie opatrunkiem z poduszek i wałków waty podpierających kończynę i umocowanych tężejącemi zwojami opasek nakrochmalonych. Czy ten sposób unieruchomienia również na kończynach dolnych okaże się wystarczającym? nie można stanowczo rozstrzygnąć, w każdym jednak razie trudniejsze znajdzie on tu dla siebie warunki do spełnienia poruczonego sobie zadania.

Metoda autoplastyczna ulepszona przez Maasa ogranicza niezawodnie liczbę przypadków owrzodzeń i ubytków na kończynach, przedtem za nieuleczne uważanych, lub zniewalających do odjęcia kończyny, pomimo to jednak wobec nader rozległych i w głąb szerzących się wrzodów podudzia, o dnie i brzegach wskroś zwyrodniałych, liczyć się ona musi z niezmiernemi trudnościami w wykonaniu i natrafia na znaczne przeszkody, zagrażające niepomyślnym przebiegiem, a często *a priori* wynik jéj nie obiecuje powodzenia. W tych razach zadanie wytknięte autoplastyce powierzają swym metodom helkoplastycznym Keetley i Rydygier. Płatu dla pokrycia rozległego wrzodu podudzia dostarczają obie te metody z podeszwy stopy skazanéj na odjęcie. Podczas gdy jednak Keetley po otwarciu stawu skokowego od grzbietu stopy wyłuszcza kość piętową na wzór metody Symego, Rydygier w swéj osteodermo-plastycznéj amputacyi przepiłowuje na wzór Pirogowa kość piętową i zyskuje przez to z jednéj strony dłuższy kikut, z drugiéj zaś zabezpiecza w ten sposób płat podeszwowy od obumarcia, grożącego mu po wyłuszczeniu kości piętowéj, skutkiem przecięcia tem samem licznych naczyń odżywczych. Dostateczna długość płatu uzyskanego z podeszwy, stałe usadowienie szypułki w pobliskiéj okolicy ubytku podudzia, który ma być plastycznie pokrytym i możność złączenia płatu na szerokiéj powierzchni z dnem i brzegami ubytku winny ułatwić w tych rozpaczliwych przypadkach rozległych wrzodów podudzia przyrośnięcie płatu i wyleczenie w ten sposób owrzodzenia z utratą stopy, niezbyt dotkliwą dla chorego, któremu podudzie ocalić i przywrócić do pracy się udało. Z dwóch przypadków leczonych sposobem Rydygiera w klinice chirurgicznéj krakowskiéj, w jednym przyrośnięcie płatu podeszwowego, mimo nader niekorzystnych warunków, na podudziu powiodło się szczęśliwie, w drugim większa część płatu przeszczepionego uległa obumarciu, a wynik ten ostatni lubo niepomyślny może chwilowo zachwiać, ale nie zdoła jeszcze obalić téj metody helkoplastycznéj. Znaczniejsza liczba obserwacyi pozwoli dopiero wyrzec stanowcze słowo, co do wartości sposobu tego, któremu przyznać należy, że zmierza do oględnéj ochrony i troskliwego zabezpieczenia wykrojonego z podeszwy płatu i z tego powodu śmieléj i z większą ufnością na udatny wynik zabiegu plastycznego liczyć może.

II. Sprawozdanie z ruchu chorych na oddziale ocznym prof. Rydla w szpit. św. Łazarza w Krakowie za czas od 1 Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889.

Podał
Dr. Czesław Podgórski
Sekund. Szpitala.
(Dok. Patrz Nr. 38).

Jeszcze ciekawszy jest następujący przypadek:

Jan Puszkasz l. 28, szewc z Mielca, ma cierpieć na oczy od 9 miesięcy a choroba zaczęła się od oka lewego.

26. I. Stan obecny: Powieki surowiczo obrzękłe, zaczerwienione. Spojówki rozpulchnione, silnie nastrzykane a na powiekach górnych widać dość liczne, małe, żółtawe ziarna jaglicowe. Górną połowę obu rogówek pokrywa łuszczka w naczynia dość obfitująca, podczas gdy w $^1/_3$ dolnéj widać powierzchowne ubytki o dnie czystem, otoczone białawo szarym naciekiem. Nastrzykanie rzęskowe szczególnie od dołu znaczne. Tęczówki okazują zmianę barwy, źrenice wąskie nie oddziaływają należycie na światło, przy ucisku nad ciałkiem rzęskowem lekka bolesność. V pr. o. liczy palce 1·75 m., l. o. 2 m. Zastosowano: Przemywanie rozczynem sublimatu, ciepłe okłady, atropinę.

28. I. Ubytek w rogówce prawéj powiększył się przez rozpad nacieku w obwodzie.

30. I. Podobnie stało się na oku lewem, dno jednak wrzodów czyste. Pozostano przy powyższem leczeniu, a już 6. II. ubytki poczęły się pokrywać przybłonkiem a nacieki zmalały. Wydzieliny ciągle ilość duża, zaczęto więc przyżegać rozczynem azotanu srebrowego a wydzielina zmniejszyła się, stan się poprawił, tak że od 12. II. poczęto stosować kamień niebieski, ale już 15. II. w dolnéj części rogówki wystąpiły na nowo dość głębokie nacieki, bóle wróciły, zastosowano więc leczenie jak 26. I. a do 19. II. stan się o tyle poprawił, że można było zaniechać ciepłych okładów a przejść do azotanu srebrowego; gdy jednak i przy tym środku stan po paru dniach zaczął się pogorszać, niejako z konieczności zwrócono się do boru z taniną a przy używaniu go stan na obu rogówkach i spojówkach poprawiał się ciągle tak, że 16. III. spostrzegano: „ziarna jaglicowe w znacznéj części ustąpiły, nacieki w rogówce prawie całkiem znikły, zostawiając powierzchowne białawe plamki. V. pr. o. = 6/36, l. o. = 6/24.“

Gdy jednak po niejakim czasie stan już daléj nie poprawiał się, spróbowano kamienia niebieskiego, ale już następnego dnia, t. j. 21. III. z powodu świeżego zaostrzenia odrzucono go a przy atropinie i proszku Wicherkiewicza tak szybko polepszenie trwale nastąpiło, że chory nie chcąc dłużéj zostać otrzymał do miejscowego lekarza polecenie zasypywania boru z taniną, z wzmianką o zachowaniu się w obec *Cupr. sulf.* Wychodząc miał V. pr. = 6/24, l. = 6/12.

Z powyższych dwóch historyj chorób widać dowodnie, iż niektórzy na jaglicę cierpiący chorzy okazują niejako idyjosynkrazyję czasową lub trwałą względem siarkanu miedziowego a nawet azotanu srebrowego, a lekarz widzi się zniewolonym obejrzeć się za innym środkiem. W takich przypadkach również jak i pod koniec leczenia, kiedy spojówka okazuje już tylko nieliczne ziarna jaglicowe a natomiast w znacznéj części uległa już zbliznowaceniu, zwlaszcza jeżeli równocześnie są i na rogówce zmiany, polecić możemy, oparci na własnem doświadczeniu, zasypywanie kwasu borowego i garbnikowego.

Zapaleń pryszczykowych spojówkowo-rogówkowych leczono 16cie i to przeważnie z ciężkiemi powikłaniami. Z tych w 6ciu przypadkach chorzy widzieli tylko jednem okiem, gdyż na drugiem w skutek podobnéj choroby było albo *Phthisis corneae* albo *leucoma adhaerens totale*. Z powikłań wymieniamy: Głębsze nacieki rogówkowe z owrzodzeniem spostrzegano 3 razy, łuszczkę 4 razy, wrzód z przebiciem i opadnięciem tęczówki 3 razy a zapalenie przewłoczne tęczówki z zamknięciem źrenicy raz. We wszystkich przypadkach przy zwykłem leczeniu przebieg był dobry, w przypadkach z przebiciem rogówki i opadnięciem tęczówki wkraplano 2% Pilocarp. i stosowano opaskę uciskową a w wszystkich przypadkach nastąpiło zabliźnienie szybkie i płaskie. Raz tylko z powodu *iritis pl. chron.* przeniesiono chorego do iridektomii na klinikę.

Przypadków śluzotoku ostrego spojówki (*Conj. gonorrh.*) leczono stosunkowo dużo, bo 5 u kobiet, 4 u mężczyzn. W siedmiu przypadkach cierpieli chorzy sami równocześnie na rzeżączkę cewki lub pochwy, w dwóch, u matki i córki, choroba przeniesioną została z męża téj ostatniéj dotkniętego rzeżączką ostrą cewki.

Dwaj tylko chorzy zgłosili się z zajęciem oka jednego i u obu przez założenie natychmiastowe opatrunku ochronnego na oko zdrowe, uchroniono je od zakażenia. W jednym z nich i w dwóch innych, gdzie oba oczy były zajęte, ale gdzie rzeżączka części rodnych, wywołująca zakażenie, była już przewlekła, był przebieg o tyle łagodniejszy, że zdołano uchronić w zupełności rogówki, przepłukując worek spojówki bardzo często rozczynem sublimatu 1 : 5000, stosując dzień i noc bez przerwy okłady lodowe za pomocą przyrządu Leitera i przyżegając spojówkę raz na dzień energicznie 2 do 3% rozczynem azotanu srebrowego.

W pozostałych 6ciu przypadkach przyszło mimo takiege samego leczenia i mimo kilkakrotnie powtarzanych skaryfikacyj jużto do wrzodów rogówkowych z przebiciem i opadnięciem tęczówki, już też nawet do zaniku rogówki. W leczeniu opadnięcia tęczówki oddawała nam i tu pilokarpina wielkie usługi, wywołując płaskie zabliźnienie tak, że tylko w jednym przypadku musiano się uciec do odcięcia wydętéj świeżéj blizny. W jednym tylko przypadku téj ciężkiéj choroby, w którym pacyjentka zgłosiła się dopiero w trzecim tygodniu jéj trwania, z rogówkami prawie w całéj rozciągłości ropnie naciekłemi, mimo tenotomii mięśnia prostego górnego i następowéj optycznéj iridektomii ku górze, uzyskano tylko taki wynik, że chora z trudnością sama chodzić mogła, zresztą wychodzili chorzy ze wzrokiem w takim stanie, iż mogli się oddawać swéj zawodowéj pracy.

W trzech przypadkach oparzenia wapnem zapobieżono wytworzeniu się *symblepharon* przez rozrywanie, z początku 2 razy, późniéj raz dziennie ciągle świeżo tworzących się zrostów i wcieranie w spojówkę waseliny z miałkim jodoformem, tak że chorzy po paru tygodniach z bliznami spojówkowemi opuszczali szpital, a jeden prócz tego okazywał w całéj dolnéj połowie rogówki jednostajne miąższowo białawe zaćmienie, które nie ustąpiło mimo środków wyjaśniających.

Raz spostrzegano u ośmioletniéj Heli Pfisterówny uczennicy, sprawę chorobową w obec któréj musiano poprzestać na rozpoznaniu: *Oedema inflammatorium conjunct. bulbi sinistr. idiopathicum.* Dla niezwykłego przebiegu przytoczę historyję jéj choroby: Chora podaje, że przed dwoma tygodniami oko lewe bez żadnéj wiadomej przyczyny poczęło ją boleć i zaraz potem „zapuchło“. 31. VIII. Stan obecny: Powieki, zwłaszcza górna oka lewego, silnie obrzękła. Po rozwarciu powiek okazuje się spojówka gałkowa znacznie jednostajnie przekrwiona i chemotycznie obrzmiała, na spojówce powiekowéj żadnych zmian prócz siatkowatego nastrzykania. Rogówka, przed. kom. i części głębsze prawidłowe, V = 6/6. Gałka przy ucisku niebolesna, chora nie ma żadnych bólów a w oczodole i w ogóle w sąsiedztwie nic nieprawidłowego dostrzedz nie można. Oko prawe prawidłowe. Zalecono okłady z *alum. acetic.* a po tygodniu obrzęk powiek prawie ustąpił, *chemosis* znikła a nastrzykanie spojówki gałkowéj i wydzielina śluzowa po tygodniu dalszym pędzlowania 1% rozcz. azot. srebr. znikły bez śladu, tak że chora w stanie zupełnego zdrowia szpital opuściła.

Cierpień rogówkowych, nie wywołanych chorobami spojówkowemi, leczono u kobiet 23, u mężczyzn 18, razem 41, z tego zapaleń miąższowych (*kerat. parench. diff.*) u mężczyzn 1, u kobiet 7. W trzech przypadkach dało się wykazać kiłę dziedziczną, raz nabytą, w 3ch razach zołzy, jeden przypadek został co do etyjologii niejasny. Tu wspomnieć muszę o środku wyjaśniającym, którego dość często używaliśmy w zaćmieniach rogówkowych w ogóle, a który dawał nam dobre wyniki. Gdy mianowicie oko było jeszcze za silnie podrażnione, aby stosować kalomel lub tinct. opii lub w razie, gdy z powodu równoczesnego zażywania wewnętrzn. jodu, kalomel był przeciwwskazanym, zapuszczaliśmy parę razy dziennie po kilka kropli następującego rozczynu: *Rp. kali iodati 0.15 natri bicarb. 0.25 aq. destill 15.0* i wielokrotnie wyjaśnianie się rogówki szybko i dokładnie następowało.

Zresztą z cierpień rogówkowych leczono przeważnie wrzody lub zapalenie ropne rogówki, było ich bowiem u mężczyzn 12 u kobiet 13. Wrzody ropne stanowiły prawie bez wyjątku typowe obrazy t. zw. *ulc. hypopyon* a było ich 14. Prze-

biegały przy pilnem i cogodzinnem zapuszczaniu rozczynu sublimatu 1 : 5000, okładach ciepłych i atropinie lub względnie pilokarpinie a na noc przy zasypywaniu jodoformu i opasce uciskowéj dobrze, w dwóch tylko przypadkach musiano zrobić punkcyję rogówkową dla wypuszczenia ropy w nadmiernéj ilości w przedn. komórce zebranéj a raz wykonano następową iridektomiję z powodu zamknięcia źrenicy. Wprawdzie w sześciu przypadkach (na 14) przyszło do przebicia rogówki i opadnięcia tęczówki, ale tylko w 4ch wytworzyła się przyczepina przednia, w dwóch zaś bardzo pouczających, dowodzących mianowicie, jak trzeba się wystrzegać szablonu, a postępowanie lecznicze stosować ściśle do każdorazowego wskazania, zdolano opadłą tęczówkę wycofać z otworu i to w obu razach wręcz przeciwnemi środkami. Rzecz miała się tak: Jeden z chorych przyszedł do zakładu z wrzodem ropnym, w dolnéj połowie rogówki położonym. Otok ropny był nieznaczny, źrenica b. wąska, nieoddziaływała dość energiczne bóle w czole. Zalecono przepłukiwanie sublimatem, okłady ciepłe, atropinę. W nocy chory uderzył się przez opaskę w oko, i wrzód nie grożący jeszcze przebiciem pękł a rozległy płat tęczówki wpadł w ranę. Zaraz zapuszczono pilokarpinę, (gdyż wrzód jak wspomniano był obwodowo położony) a po dwóch dniach zapuszczania pilokarpiny co 2 godz. tęczówka w zupełności się cofnęła.

Drugi przypadek przebiegał jak następuje: Wrzód środkowo położony drążył coraz bardziéj w głąb, tak że chcąc uchronić od przebicia, lub zrobić je mniej gwałtownem, dawano pilokarpinę, zmniejszającą parcie w śródoczu. Mimo to po kilku dniach przy poobiednéj wizycie zauważono przebicie wrzodu i opadnięcie tęczówki. Zapuszczono atropinę, co też przed nocą jeszcze dwukrotnie powtórzono a nazajutrz w ranie nie było wcale tęczówki i obaj chorzy opuścili zakład tylko z plamkami rogówkowemi.

W 11tu przypadkach zapalenia ropnego rogówki „*keratit. suppur.*“ przebieg był rozmaity, stosownie do stanu, w jakim się chorzy do leczenia zgłosili.

Co do etyjologii tak wrzodów jak zapaleń ropnych rogówki, to zebrano następujące daty: W ośmiu razach (na 25) dało powód zranienie się sianem lub kłosem i te przypadki miewały bardzo ciężki przebieg, tak że chory przychodził nieraz po kilku dniach z zupełnie zropiałą rogówką i pomimo wczesnego zgłoszenia się przebieg bywał ciężki, tak że w tych razach, choćby pierwotnie zmiany były nieznaczne, w rokowaniu z góry trzeba być bardzo ostrożnym.

W sześciu razach, także o ciężkim przebiegu, powodem było zranienie się odpryskiem kamienia u kamieniarzy z zawodu, a dwa niżéj wymienione przypadki *panophthalmitis* również temu zawdzięczają swe źródło.

W innych 2ch przypadkach było powodem oparzenie, w innych trzech okolicznością usposabiającą *blenorrh. sacci lacrymal.*, w dwóch przypadkach uraz bezpośredni (uderzenie ogonem krowy i uderzenie się o nogę stołu), w jednym zaś energiczne leczenie nieżytu przez lekarkę wiejską założeniem goździka (*semen caryophyll.)* do worka spojówkowego, który dopiero w szpitalu wyjęto.

W 3ch przypadkach przyczyny nie zdołano wyśledzić.

Chorób tęczówki i ciałka rzęskowego razem leczono 22, w tych 5 przypadków *iritis supp.*, 2 *iritis gummosa*, 3 *iridokykl. symp.*, jeden bardzo niezwykły co do przebiegu *iritis serosa* i jeden *naevi melanotici iridis*. Te dwa ostatnie jednakże jako dłużéj obserwowane w klinice, pewnie w tamtejszem sprawozdaniu opisane zostaną. Zresztą były przypadki *iritis chronica* z przyczepinami tylnemi lub zamknięciem źrenicy (*secclusio v. occlusio pupill.*), które późniéj przenoszono do kliniki w celu wykonania iridektomii.

Naczyniówka była przedmiotem leczenia w 5 razach i to: w formie *choroidit. dissem.* w 2ch, jako *atrophia choroideae* w 2ch razach a z tych w jednym przypadku połączona z wysoką myopią, w drugim z zaćmą z warunkami do operacyi (poczucie i lokalizacyja światła na 6 m), gdzie dopiero po operacyi stan ten wziernikiem skonstatowano, a raz jako *iridochoroiditis suppurativa*. Chorym dawano NaJ lub KJ., w przypadku z myopiją wstrzykiwania pilokarp. podskórne, stan jednak mierne tylko okazywał polepszenie.

Z chorób siatkówki i n. wzrokowego leczono *neuroretinitis* 8 razy i to dwa na tle kiły wcieraniami i NaJ. z pomyślnym skutkiem, raz z niewiadoméj przyczyny z nieznacznem tylko polepszeniem; *atrophia alba n. oph.* 3 razy i to bez skutku; a raz oderwanie siatkówki widocznéj w obrazie wziernikowym jako falująca błona, tak że tylko od dołu jéj część przylegała do naczyniówki. Chory liczył tylko palce na niespełna $^1/_2$ m. do góry, a po 20 wstrzykiwaniach podskórnych pilokarpiny (2—5 przedziałek strzykawki Pravaza 1%go rozczynu) i ustawicznem leczeniu na wznak wyszedł, licząc palce na $3^1/_2$ m. a siatkówka znów w większéj części przylegała.

Z rozpoznaniem *Panophthalmitis* leczono pięciu chorych, a to dwóch, wspomnianych wyżéj, po zranieniu odpryskiem kamienia, jednego (rzeźnik) po zranieniu odszczepem kości, który szczypczykami wydobyto.

Z chorób powiek i woreczka łzowego, wymagających drobniejszych operacyj, leczono przypadków dziewięć.

W końcu dla uzupełnienia obrazu całości dodać muszę, iż 21 chorych po przebytéj w klinice operacyi wyjęcia zaćmy lub wycięcia tęczówki, jako potrzebujących jeszcze opieki lekarskiéj, przez dłuższy lub krótszy czas pielęgnowano na oddziale.

III. Z praktyki sądowolekarskiéj.

Dwa rzadkie przypadki obrażenia klatki piersiowéj względnie kręgosłupa

podał
Dr. Józef Bogdanik
prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

Dnia 26/6 1887 r. przyjąłem do szpitala 25cio letniego wyrobnika z Hałcnowa J. S., który obok innych mniejszych uszkodzeń na głowie i przedramieniu lewem doznał obrażenia klatki piersiowéj na dwa dni przed przybyciem do szpitala. W linii przymostkowéj lewéj jest rana o brzegach gładkich, nieco skośnie z góry ku dołowi i zewnątrz przebiegająca ponad żebrem drugiem i ponad pierwszym i drugim przestworem międzyżebrowym. Długość rany wynosi przeszło 4 cm. a brzegi jéj odstają w środku na 3 cm.; na dnie rany widać duży mięsień piersiowy i nieco krwi płynnéj. Palec wprowadzony do rany wyczuwa gładką szczelinę na chrząstce żebro drugie z mostkiem spajającéj i nieprawidłową ruchomość w tem miejscu. Szczelina ta przebiega w jednéj linii z rany na skórze i drąży przez całą grubość chrząstki. Zgłębnik w dno rany wprowadzony wchodzi przez drugi przestwór międzyżebrowy na dół i ku tyłowi na 14 cm., przyczem słychać szelest przez wązką szczelinę uchodzącego powietrza a palcami zgłębnik trzymającemi czuje się uderzenia serca. Oglądanie klatki piersiowéj wykazuje, że lewa połowa jest bardziéj wypukloną aniżeli prawa i przy oddychaniu mniéj się porusza. Opukiwanie klatki piersiowéj w położeniu leżącem wykazuje po lewéj stronie odgłos jawny bębenkowy, stłumienia serca wykazać nie można. W położeniu siedzącem wypuk z tyłu po stronie lewéj jest w górnéj połowie jawny bębenkowy, w dolnéj połowie stłumiony. Szmery oddechowe po stronie lewéj są niemal niesłyszalne, oddechów 32 na minutę. Uderzenia koniuszkowego serca nie wyczuwa się. Tony sercowe są czyste, jednak u podstawy serca ledwie dosłyszalne, nieco wyraźniejsze nad koniuszkiem serca, jakkolwiek tętno jest silne i uderza 120 razy na minutę. W obec tego wyniku badania rozpoznałem ranę kłótą klatki piersiowéj z przebiciem oskrzela i otwarciem osierdzia, dalej *pneumothorax* i *haemothorax*. Inne mniéj znaczne uszkodzenia pomijam

Przy spokoju i opatrunkach jodoformowych wypełniła się rana dość szybko żywą ziarniną. Dnia 10/7 spoiłem brzegi rany szwami jedwabnemi, poczem się rana wnet zagoiła. Dnia 23/7 wypuściłem chorego ze szpitala, przyczem następujący stan zanotowałem. Oglądanie klatki piersiowéj nie wykazuje żadnéj różnicy między połową prawą a lewą. Wypuk nad szczytami jest po obu stronach jawny nie bębenkowy, szmery oddechowe wyraźne. Stłumienie serca sięga od 4 do 6 żebra i od lewéj linii sutkowéj do lewego brzegu mostka. Tony sercowe są czyste i silne. Tętno uderza 80 razy

na minutę. Pierwszy ton sercowy słychać o $^1/_3$ część sekundy wcześniéj aniżeli się wyczuwa uderzenie tętnicy sprychowéj. Stan ogólny dobry.

Przypadek drugi dotyczy dobrze odżywionéj i zbudowanéj 18-letniéj dziewczyny J D. z Mikuszowic, którą nachyloną ku ziemi z boku stojący ojczym ostrzem siekiery ugodził w plecy. Stało się to dn. 10/9 1887 r. W skutek zadanego uszkodzenia umarła w dn. 12/9 tj. po upływie 32 godzin. Za życia nie widziałem uszkodzenia tego, późniéj jednak starałem się od matki denatki dowiedzieć o niektórych objawach chorobowych Z niedokładnego opowiadania wysnułem, iż chora po zadanym gwałcie na ziemię plecami do góry upadła, straciła dosyć krwi, przytomności atoli nie utraciła, tylko kończynami dolnemi nie mogła poruszać. Przeniesiono ją tedy do łóżka, w którem najchętniéj na wznak leżała. Płynne pokarmy przyjmowała chętnie, gdyż miała pragnienie, a połykanie nie było utrudnione. Stolca ani moczu dobrowolnie nie oddawała od chwili doznanego urazu. Mocz odprowadził cewnikiem lekarz do chorej przez rodzinę zawezwany. Tenże sprawdził, iż chora kończynami dolnemi nie może poruszać ani też z boku na bok się przewrócić, chora tak leżała jak ją położono. Kłucia szpilką nie czuła ani na kończynach dolnych ani na tułowiu. Z całą przytomnością umysłu się jednak wyspowiadała i umarła w 32 godzin po doznanym urazie.

W dniu 13 września 1887 r. dokonałem sekcyi sądowéj zwłok. Znalazłem tylko jedno uszkodzenie a mianowicie na plecach pomiędzy łopatkami w poprzek ciała biegnącą ranę 8 cm. długą o brzegach ostrych gładkich nieco przesuniętych tak, że dolny brzeg rany ponad górny wystawał i od niego odstawał na 4 cm. Po rozsunięciu brzegów widać było w głębi gładko przecięte mięśnie. Zgłębnik w ranę wprowadzony z łatwością zanurzał się nieco skośnie ku dołowi i przodowi, i wchodząc w szczelinę między płaszczyzny przeciętego kręgu piersiowego wsuwał się łatwo do kanału pacierzowego jako też do jamy opłucnéj. Tyle przy badaniu zewnętrznem. Po przewróceniu zwłok na plecy otwarto klatkę piersiową. Opłucna płucna była po obu stronach przyczepinami ścięgnistemi spojoną z klatką piersiową. W jamie opłucnowéj bardzo mało (około 150·00) płynu krwawego. Po usunięciu płuca wraz z sercem z klatki piersiowéj widać było nienaruszone narządy i naczynia klatki piersiowéj, jakoto gardziel (*oesophagus*), aortę zstępującą, nerw błędny i żyły, natomiast naciętą była opłucna ścienna po obu stronach trzona piątego kręgu piersiowego niemal symetrycznie w jednéj linii pozioméj i to w dolnéj połowie tegoż kręgu. Przecięcie drąży przez całą grubość trzonu kręgu piątego i idąc w gładkiéj płaszczyźnie nieco skośnie ku tyłowi i ku górze dzieli całkowicie piąty krąg piersiowy, rdzeń pacierzowy, daléj wyrostek kolcowy czwartego kręgu piersiowego, łącząc się z raną skórną na plecach, przecinając również główki żeber piątych na kręgu osadzonych. Z reszty protokółu sekcyjnego wyjmuję jeszcze, iż osobliwszéj bladości ani skóry ani błon śluzowych ani też w narządach wewnętrznych nie znaleziono.

Żałuję, iż w skutek tego, że mimo pięknego dnia jesiennego już po ciemku sekcya się skończyła, nie mogłem drobiazgowiéj zbadać to uszkodzenie i preparat anatomiczny zabrać ze sobą, jak to czynić zwykłem. Tego samego dnia bowiem oglądaliśmy ze znawcą technicznym fabrykę w Mikuszowicach, w któréj jakaś robotnica śmierć znalazła, następnie oglądaliśmy dziewczynę ciężko uszkodzoną, daléj odbyły się po kolei dwie sekcye zwłok a sekcyja, którą niniejszem rozbieram, była ostatnią czynnością sądowo lekarską tego dnia, (w którym ciężko zapracowaliśmy jeden dzień dyjet, bo drugiego dnia izba obrachunkowa przyjąć nie chciała). Również żałować należy, iż nie miałem sposobności dokonania spostrzeżeń za życia i tylko od matki zmarłéj, jak już wyżéj wspomniałem, dowiedziałem się dat przytoczonych, sprostowanych po części przez lekarza do choréj zewezwanego. Z tem wszystkiem i te dane budzą dosyć ciekawości nie tylko u lekarza sądowego ale i dla chirurga i neuropatologa. Przedewszystkiem podnieść należy, iż chora téj miary uszkodzenie przeżyła 32 godzin, co niewątpliwie tylko téj okoliczności przypisać należy, że żadne większe naczynie przecięte nie zostało. Daléj podnoszę rzadkość uszkodzeń kręgosłupa, niepowikłanych innemi równocześnie zadanemi uszkodzeniami. W literaturze mnie dostępnéj nie znalazłem podobnego przypadku. Bo też potrzeba osobliwie sprzyjających warunków, aby podobne uszkodzenie zadanem być mogło.

O wiele częstsze są przypadki ran kłutych klatki piersiowéj z otwarciem osierdzia połączonych. G. Fischer naliczył ich 52 w pięknéj swéj monografii (Archiwum Langenbecka IX. 571), a procent uzdrowienia oblicza się na 30%. Uszkodzenia te kończą się śmiercią albo w skutek krwotoków z przeciętych tętnic (*a t. intercostalis, mammaria*), albo też następowo w skutek ropnego zapalenia opłucnéj. Badaniu ran zgłębnikiem przypisuje się zazwyczaj ropienie, dla tego też odradza się lekarzom téj czynności. Przypadek mój dowodzi, że i tego tak bezwzględnie brać nie można. Badania rany palcem i zgłębnikiem celem utrwalenia rozpoznania dokonałem bez szkody dla chorego, boć nie gorączkując w niespełna cztery tygodnie zakład opuścił wyleczony. Prawda, że przed badaniem rany dokładnie obmyłem ręce mydłem i roztworem sublimatu, że oczyściłem ranę, a zgłębnik przed użyciem zamaczałem w roztworze kwasu karbolowego. To się samo przez się rozumie, tego też nawet nie podałem przy opisie choroby. Tak postępować ma lekarz sądowy, który powinien być w takich razach sumiennym chirurgiem, albo nie badać chorego w nieobecności lekarza ordynującego i wtedy nie potrzebuje się obawiać zarzutu, że jego badanie wywołało: *„eine auffallende Verschlechterung des Zustandes (Pyothorax)“* jak to podaje Hofman w swym podręczniku medycyny sądowéj, przytaczając dotyczące orzeczenie wydziału lekarskiego, przyczem słusznie umieścił w nawiasie wykrzyknik.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

J. Mering i O. Minkowski (Strassburg): **Moczówka cukrowa po wyłuszczeniu trzustki.**

Z pracowni kliniki lekarskiéj podają autorowie następujące tymczasowe ciekawe doniesienie: Po wyłuszczeniu trzustki występuje u psów cukrzyca, rozpoczynająca się w jakiś czas po zabiegu i trwa całemi tygodniami bez przerwy aż do śmierci zwierzęcia. Oprócz zawartości cukru w moczu spostrzegać można obfite moczenie, silne pragnienie, nadzwyczajny głód, jakoteż znaczne wychudnienie i znaczne osłabienie mimo obfitego dowozu żywności. Pies, któremu usunięto trzustkę i był przez 48 godz. na czczo, wydzielał mocz zawierający 5—6% cukru. Pies, ważący 8 klgr., wydzielał przy wyłącznem żywieniu mięsnem dziennie prawie jeden litr moczu z 5—9% cukru. Po dodawaniu cukru gronowego wynosiła ilość cukru w moczu przemijająco 13% i większa część doprowadzonego cukru została niezmieniona wydzieloną. Mocz operowanych zwierząt zawierał prócz tego jeszcze znaczne ilości acetonu. Ilość cukru we krwi jest znacznie powiększoną, w jednym przypadku wynosiła 0·30%, w innym 0.46%. Glikogen w narządach znika. U psa, który 4 tygodnie cierpiał na cukrzycę i wśród zupełnego trawienia mięsnego zabitym został, nie można było wykazać glikogenu ani w wątrobie, ani w mięśniach. *Ganglion solare* przy tym zabiegu nie zostało uszkodzone i dla tego w tych doświadczeniach musimy uważać moczówkę cukrową za bezpośrednie następstwo wyłuszczenia trzustki. Przelanie krwi psa dotkniętego cukrzycą do żyły zdrowego zwierzęcia nie wywołało u tego ostatniego wydzielania cukru. W końcu wspominają autorowie, że u zwierząt pozbawionych trzustki wchłanianie tłuszczu w wysokim stopniu jest upośledzone i że także pochłanianie doprowadzonych istót białkowych nie jest dostatecznem. (*Wien. m. Blätter* 1889, Nr. 26).

Dr. Baschkopf.

K. Schuchardt (Szczecin): **O przyrodzie ozeny wraz z kilku uwagami o przemianie przybłonka.**

Nie jest jeszcze całkiem wyświeconem, dlaczego w rozmaitych sprawach chorobowych w jamie nosowéj wytwarza się owa właściwa trupia woń. Pod wspólną nazwą *„ozaena“* rozróżniano dawniéj wszystkie choroby nosa, łączące się

z nieprzyjemną wonią, obecnie zaś wiemy, że woń ta jest tylko objawem właściwym chorobom nosa bardzo odmiennym i tak, kiła, gruźlica, nosacizna, liszaj żrący nosa, zwłaszcza, jeżeli im towarzyszy nie tylko owrzodzenie błony śluzowéj, lecz także zniszczenie rusztowania kostnego nosa, mogą się łączyć z taką samą wonią, jak przewlekły nieżyt nawet bez owrzodzenia, ztąd podział: *ozaena ulcerosa* i *o. non ulcerosa*; obecnie zaś rozróżniamy *ozaena vera s. simplex* czyli *rhinitis chronica atrophicans foetida* rinologów, t. j. ozena bez znaczniejszych owrzodzeń i *ozaena syphilitica, tuberculosa, luposa* i t. d. Ozena zwykła czyli prawdziwa rozwija się na tle zwykłego nieżytu nosowego, a uderzającym jest szczególny zanik błony śluzowéj, która zamiast wejrzenia aksamitnego, ciemno-czerwonego ma wejrzenie blade, jest cienką, połyskującą ścięgnistą i pokryta jest strupami o przenikającéj woni; zanik zajmuje często nie tylko błonę śluzową, ale i okostnę i kości i wskutek tego jama nosowa staje się obszerniejszą. Przypuszczenie, że przez chorobowe powiększenie się jamy nosowéj możliwy jest większy przypływ powietrza, przez co wydzielina zasycha prędko na strupy, zatrzymuje i gnilnie się rozkłada, nie jest słusznem. Niektórzy sądzą, że przez szczególne zwyrodnienie błony śluzowéj nosa powstaje chemiczna przemiana wydzieliny, sprawiająca woń; inni przypuszczają jako przyczynę zanik gruczołów lub tłuszczowy rozpad komórek. R. Volkmann spostrzegał, że we wszystkich przypadkach ozeny zamienia się przybłonek migawkowy nosa na brukowy, a gdy Zeller doniósł o swych badaniach nad przemianą przybłonka macicy, zwrócono na powyższą sprawę na nowo baczną uwagę. Ponieważ jest rzeczą znaną, że obrzydliwe wonie, wytwarzające się na napletku, między palcami u nóg, w pasze itd. powstają przez wytwory rozpadowe nadmiernie wytworzonego i rozmiękłego przybłonka brukowego, bliskiem było pytanie, czy woń w ozenie nie zostaje w związku z przemianą przybłonka migawkowego nosa w brukowy, dlatego Volkmann wydobywał za pomocą ostréj łyżeczki cząsteczki błony śluzowéj w przypadkach ozeny, które S. drobnowidowo badał i znalazł obok drobnoustrojów liczny przybłonek płaski, nigdzie zaś nie było migawkowego lub wałeczkowego. Przemiana przybłonka wałeczkowego w zrogowaciały przybłonek brukowy w ozenie, którą uważamy za źródło przenikliwéj woni, ozenie właściwéj, przydarza się także na innych błonach śluz., pokrytych przybłonkiem wałeczkowym. Najpierw zauważono ją na tych błonach śluz., które przez stany chorobowe ustawicznie narażone są na działanie powietrza; w téj więcéj biernéj przemianie przybłonka odgrywa wysychanie powierzchownych warstw przybłonka główną rolę. I tak przyjmuje błona śluzowa starych opadnięć odbytnicy i macicy z czasem wejrzenie suche, skórzaste, a pod drobnowidem widzimy zamiast pierwotnego wałeczkowego przybłonek płaski zrogowaciały; to samo stwierdzić można na uklejach ucha, nosa, macicy. Podczas gdy w wyliczonych przypadkach zrogowacenie błony śluzowéj przy długotrwałem zetknięciu z powietrzem zewnętrznem uważać musimy za objaw więcéj b i e r n y, w którym przybłonek pod wpływem czynników od zewnątrz działających p r z y s t o s o w u j e się do nowych warunków, mamy drugi szereg stanów, w których przemiana przybłonka odbywa się wśród więcéj czynnego współudziału życia komórkowego. I tak znajdujemy na błonie śluzowéj cewki moczowéj w przewlekłéj rzeżączce w miejscu przybłonka wałeczkowego płaski, zwłaszcza w t. zw. zwężeniu kostninowem. Ale także w innych częściach dróg moczowych może przyjść na tle sprawy przewlekłe zapalnéj do wytwarzania się przybłonka płaskiego i to w tak grubych pokładach, że zostają wydalone w postaci strzępów i błon, przedstawiających podobieństwo do mas przybłonkowych, wytwarzających się przy cholesteatomie ucha środkowego. Także na ubytkach tkanki, szczególniéj na wrzodach gruźliczych tchawicy i oskrzeli wytwarza się warstwowy przybłonek brukowy. W długotrwałem ropieniu ucha środkowego z zniszczeniem błony bębenkowéj przyjmuje błona śluzowa jamy bębenkowéj w zupełności cechy przyskórka. W tych t. zw. złuszczających się zapaleniach ucha środkowego odbywa się bujne wytwarzanie i oddzielanie się warstw przyskórkowych i te właśnie postacie cieczenia z ucha połączone są z nadzwyczaj przykrą wonią. Tak samo w nieżytach macicy następuje przemiana przybłonka wałeczkowego w płaski; choroba ta, połączona zawsze z niepłodnością, odznacza się obfitą wydzieliną chorobową. Zeller twierdzi na podstawie 63 przypadków u żyjących i na trupie, że w każdem zapaleniu wewnątrz-macicznem wytwarza przybłonek wałeczkowy błony śluzowéj trzonu i szyjki warstwowy przybłonek płaski i właśnie te przypadki nieżytu macicy połączone są z obfitą i nadzwyczaj cuchnącą posokowatą wydzieliną. Nierzadkie są jednak przypadki, że rakowce z wybitnem zrogowaceniem wytwarzają się na błonach śluzowych, wyściełonych przybłonkiem wałeczkowym. *(Volkmanna Sammlung klin. Vortr.* Nr. 340). *Dr. Baschkopf.*

Na majowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego pokazywał E w a l d preparat z człowieka dotkniętego rakiem połyku, w którym p o n i ż é j rakowatego zwężenia znajduje się zaułek. Ściana połyku jest w miejscu powstałego zaułka bardzo cienka. Ewald tłomaczy powstanie téj nadzwyczaj rzadkiéj kombinacyi w ten sposób, że pokarmy przechodziły wprawdzie przez zwężone miejsce w połyku, wpust jednak osłabiony nie posuwał ich daléj. Ztąd zastój i następowe rozszerzenie części leżącéj poniżéj zwężenia połyku, a powyżéj wpustu. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Kraus.*

Farmakologija.

G l a y i S c h l a g d e n h a u f f e n: **Koronilina — nowa trucizna sercowa.**

Autorowie otrzymali powyższy glikozyd z ziarn *Corinilla scorpioides* (*Papillionaceae*). Po wstrzyknięciu podskórnem 0·0005 grm. koroniliny ustaje działanie serca żabiego wśród podobnych stosunków, jak po digitalinie. Po wprowadzeniu do żył 2 miligramów w pojedyńczych dawkach po $^1/_2$ miligr. występuje u psa ważącego 10 kilogramów śmierć i to wskutek porażenia serca; przy mniejszych dawkach poprzedza zwolnienie czynności serca okres przyspieszenia. Można zapobiedz wystąpieniu okresu zwolnienia przez przecięcie obu nerwów błędnych, lub *bulbus*, lub przez atropinizowanie zwierzęcia; wśród takich warunków spostrzega się tylko po każdorazowem wstrzyknięciu 0·0005—0·001 grm. podwyższenie parcia tętniczego, po którem następuje trwałe jego obniżenie, jad więc ten działa na jądra n. n. błędnych i ośrodek naczyniowy w rdzeniu. W ostatnim okresie zatrucia skurcze serca są niewystarczające do utrzymania parcia tętniczego tak, że ono spada i znika, nim serce bić przestało. Także nerwy sercowe doznają pod wpływem koroniliny zmian pobudliwości. (*Wien. m. Woch.* 1889, Nr. 19). *Dr. Baschkopf.*

K. A l t (Halle): **Badania nad wydzielaniem podskórnie wstrzykniętéj morfiny przez żołądek.**

Już przed wielu laty zrobił Hitzig spostrzeżenie, że pies, który zjadł wymiociny psa, zanarkotyzowanego przed kilku minutami przez wstrzyknięcie podskórne morfiny, w krótkim czasie potem wymiotował. Spostrzeżenie to nasunęło Hitzigowi przypuszczenie, że w wymiocinach pierwszego psa, mimo krótkości czasu między wstrzyknięciem a wymiotami, znaczna ilość wstrzykniętéj morfiny wydzieloną została. Wobec tego H. nakłonił swego asystenta przy klinice dla chorób umysłowych i nerwowych do podjęcia doświadczeń nad czasem i ilością wydzielonego alkaloidu przez żołądek po podskórnem wstrzyknięciu. Wiadomości nasze o morfinie w ogóle okazują jeszcze dość znaczne braki; i tak nie jest jeszcze rozstrzygniętem, czy moczem wydziela się morfina, któraby wykazać można, czy alkaloid w krwi alkalicznéj nie uległ przemianie, uniemożebniającéj jego wykazanie. K a u z m a n n wykazał w żołądku, w jelitach i w innych narządach w krew obfitujących zwierzęcia, zabitego przez wstrzyknięcie morfinowe, ślady tego alkaloidu, czy jednak w t r e ś c i ż o ł ą d k o w é j znalazł morfinę, nie podaje. Alt badał przedewszystkiem, czy po podobnem wstrzyknięciu małych ilości morfiny można wykazać w zwymiotowanych masach pokarmowych morfinę. Wymiociny badał według sposobu S t a s - O t t o n a, a pozostałość badał następnie za pomocą świeżo przygotowanego odczynnika Fröhdego (1 kcm. kwasu siarkowego, 5 do 10 mg. molybdenijanu sodowego) i wykazał w wymiocinach obecność ciała, dającego oddziaływanie morfiny. Wymioty po

wstrzyknięciu tłomaczą jedni zamianą we krwi krążącéj morfiny na apomorfinę, inni zanieczyszczeniem preparatu, inni znowu przypisują morfinie saméj działanie wymiotne, przypuszczając bezpośrednie zadrażnienie ośrodka dla wymiotów we krwi krążącéj truciznie. O powstawaniu zaś wymiotów istnieją dwa zapatrywania: według jednych rozchodzi się o akt odruchowy, według drugich o bezpośrednie środkowe zadrażnienie ośrodka dla wymiotów, ale nikt nie uważa ich za odruch z zakończeń nerwów żołądkowych. A. poleca prostszy odczynnik na morfinę, niż wyżéj opisany, t. j. t. zw. metodę za pomocą kwasu jodowego i chloroformu. Morfina uwalnia z kwasu jodowego w rozczynie wodnym jod, który zmięszany z chloroformem daje zabarwienie różowe. W końcu rozprawy zbiera Alt wyniki swoich doświadczeń: 1. Po podskórnem zastosowaniu morfiny wydziela się alkaloid przez żołądek. 2. Wydzielanie rozpoczyna się już po 2¼ minuty, trwa wyraźnie pół godziny, staje się potem coraz słabszem i ustaje zupełnie po 50—60 min. 3. Nudności po podskórnem wstrzyknięciu występują dopiero w czasie, w którym morfina do żołądka już została wydzieloną i można ich uniknąć przez wypłukanie żołądka. 4. Wydzielona do żołądka ilość morfiny jest bardzo znaczna i równa się połowie wstrzykniętéj trucizny. 5. Przepłukiwania żołądka przez dłuższy czas powtarzane zmniejszają znacznie objawy zatrucia i dawki bezwarunkowo śmiertelne bywają bez szkody znoszone. Praktyczne znaczenie tych wyników polega na tem, że wcześnie wezwany lekarz może w przypadkach, w których zażyto wielkie dawki morfiny przez pomyłkę, w zamiarze zbrodniczym lub samobójczym, usunąć przez wypłukanie żołądka grożące niebezpieczeństwo i w danym razie życie uratować. Daléj przy badaniu sądowo-chemicznem osoby, zabitéj według domniemania przez podskórne wstrzyknięcie morfiny, nie będziemy więcéj śledzić za trucizną we krwi, gdzie zresztą według Dragendorffa w jakiś czas po wstrzyknięciu wykazać się nie daje, lecz w treści żołądkowo-jelitowéj. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

H. Lindenborn (Frankfurt n. M.): **O ditiosalicylanie sodowym II.**

L. przedstawia powyższy środek do badania, który zdaje mu się być powołanym do odgrywania ważnéj roli obok salicylanu sodowego w leczeniu ostrego gośćca stawowego. Ditiosalicylan sodowy I. i II. są to dwa izomeryczne ciała, składające się z dwóch drobin kwasu salicyłowego, połączonych za pomocą dwóch drobin siarki. Sól II., z którą jedynie L. robił doświadczenia, jest proszkiem szarawo białym, bardzo higroskopijnym i łatwo bez pozostałości w wodzie rozpuszczalnym. Rozczyn wodny téj soli tworzy z chlorkiem żelazowym słabe zabarwienie fijoletowe. W moczu nie można jéj wykazać ani jako soli, ani jako kwasu salicyłowego. Według badań Hüppego działa 20% rozczyn téj soli w najmniéj 45 minut zabójczo na zarodniki wąglika, podczas gdy salicylan sodowy w podobnych warunkach żadnego wpływu nie wywiera. Tak samo wykazały doświadczenia z prątkami cholerycznemi i durowemi, z prątkami ropy zielonéj i stafylokokiem złocistym wybitną wyższość ditiosalicylanów, a więc zasługują one jako środki odrażające i przeciwgnilne na pierwszeństwo przed salicylanem sodowym. L. użył dotąd *Natrium dithiosalicylicum* II. w czterech przypadkach wielokrotnego i w jednym przypadku gośćca stawowego, jakoteż w jednym przypadku rzeżączkowego zapalenia kolana, wikłającego się z zapaleniem tęczówki i naczyniówki. W lżejszych przypadkach podawał rano i wieczór po 0·2, w cięższych rano 0·2, a wieczór 2, 3 do 4 razy co godzina 0·2; w lżejszych przypadkach ustępował ból, gorączka i obrzęk stawów po dwóch, w cięższych najdaléj po 6 dniach; nudności ani szumów uszu nie było, a silne poty występowały tylko po 0·8 *pro die.* Wobec salicylanu sodowego posiada ditiosalicylan następujące zalety: silniejsze działanie, wskutek czego potrzeba mniejszéj dawki, brak objawów ubocznych ze strony żołądka, prawdopodobnie wskutek jego nierozpuszczalności jako kwasu, brak wpływu ubocznego na serce i naczynia, brak zapadu i szumu w uszach. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

A. Eiselsberg: **O przeszczepianiu skóry według Thierscha.**

Autor zestawił 42 przypadki z kliniki Billrotha, w których dokonano przeszczepiania według Thierscha, a wyniki téj metody pomyślne, nieraz zadziwiające, skłoniły go do przyznania jéj pierwszeństwa przed metodą Reverdina. Przeszczepiania dokonywano w sposób następujący: najprzód przygotowywano miejsce, w które miano przenieść płatki przez zatamowanie krwotoku, zeskrobanie ziarniny za pomocą ostréj łyżeczki, jeżeli chodziło o ubytek dawniejszy i spłukanie sublimatem 1:3000. Następnie na tak przygotowany teren przenoszono na szerokiéj szpatułce płatki skórne 20 cm. długie, 2—4 ctm. szerokie, ile możności cienkie, zawierające przyskórek i górne tylko części brodawek skórnych, wzięte z zewnętrznéj powierzchni ramienia, przy rozleglejszych zaś ubytkach z przedniéj i zewnętrznéj powierzchni tegoż samego chorego. Płatki te rozpościerano na powierzchni rannéj za pomocą złotych igieł w ten sposób, że się wzajemnie dachówkowato pokrywały, a w razie gdy była różnica pomiędzy ubytkiem a otaczającą skórą, pokrywano niemi także i brzeg tejże. Na przeszczepione płatki przykładano następnie gutaperchę, zwilżoną sublimatem i gazę jodoformową. Pierwsza zmiana opatrunku następowała w 5 do 6 dni po przeszczepieniu, wybujałą ziarninę pomiędzy płatkami przyżegano lapisem i uciskano przylepem, w razie obumarcia większéj części płatków powtarzano przeszczepianie na nowo. Miejsca, skąd wzięto płatki, opatrywano jak każdą ranę, zmieniając pierwszy opatrunek po 14 tu dniach; zwykle po kilku tygodniach miejsca te były zupełnie zagojone tak, że zaledwie mała pozostawała blizna. W ogóle dokonano w ten sposób 50 przeszczepień u 42 chorych, z tych 44 z pomyślnym wynikiem (88%). W przypadkach tych chodziło o urazowe ubytki, jak: wycięcie blizn z oparzenia powstałych (2 razy), świeże zranienia (1 raz), ubytki powstałe wskutek operacyi plastycznych (25 przypadków), lub przez wycięcie nowotworów (12 przypadków); dwa razy zaś chodziło o pokrycie nowotworów złośliwych, nie dających się doszczętnie wyłuszczyć, jak to polecał Kraske (*Münch. med. Woch.* 1889, 1). W większéj części przypadków upłynęło od przeszczepienia tyle czasu, iż o trwałości tegoż korzystny sąd można było wydać. Prócz tego podnosi autor jako zaletę przygojenie się płatków na *dura mater*, oraz w 4 przypadkach na kości tylko delikatną warstwą okostnéj pokrytéj. Wyniki więc téj metody są, można powiedzieć, świetne, a że nadto nie jest ona ani niebezpieczną, ani zbyt skomplikowaną, lub trudną, przeto dla każdego lekarza, nawet nie specyjalisty, staje się przystępną. Szczególniéj nadaje się sposób Thierscha w przypadkach rozległych blizn z oparzenia, wielkie ma zalety ze względów kosmetycznych, a nadto, jak sądzi autor, umożebnia wiele operacyj w przypadkach, w których obawiamy się operować ze względu na kolosalny ubytek, skutkiem operacyi powstający. Pomimo, iż nie zdarzył się żaden przypadek rozległego wrzodu podudzia ani oparzenia świeżego, w którychby metodę Thierscha można zastosować, sądzi autor, że i tu ona może oddać wielkie usługi, skracając znacznie czas leczenia, a nadto w rozpaczliwych przypadkach rozległego oparzenia, utrzymując chorego przy życiu przez powstrzymanie obfitego wydzielania z obszernéj powierzchni granulującéj. Dodatkowo przytacza autor dwa doświadczenia, dokonane na zwierzętach, w których pokrywano rozległe ubytki płatem uszypułkowanym, wziętym z drugiego zwierzęcia tego samego lub innego gatunku; w pierwszym przypadku otrzymano wyniki pomyślne, w drugim (przeszczepiono płat z królika na psa) zupełnie ujemne; sądzi więc autor, że zastosowanie tego do człowieka i pokrywanie n .p. ubytku płatem wziętym z małpy, jest mrzonką zbyteczną wobec metody Thierscha, w któréj upatruje największy postęp ostatnich czasów na polu chirurgii. O ile ten entuzyjazm autora dla metody Thierscha jest uzasadnionym, czas i dalsze doświadczenia pokażą. (*Wien. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 34 i 35). *Dr. Langie.*

Angerer (Monachów): **Uwagi o rozpoznawaniu i leczeniu zwężenia odźwiernika.**

Celem rozpoznania zwężenia odźwiernika wydyma się

żołądek albo za pomocą kwasu węglowego, albo przez wdmuchiwanie powietrza za pomocą cewy Nélatona. Po stwierdzeniu, że zwężający obrzęk należy do żołądka, jest jeszcze rzeczą doniosłego znaczenia rozstrzygnięcie, czy jest ruchomy, czy ustalony, t. j. czy ogranicza się do odźwiernika, względnie żołądka, lub czy już jest zrośnięty z otoczeniem. Aby pod tym względem dojść do pewności, oznacza A. tak przed jak i po rozdęciu granice żołądka i położenie guza dokładnie i wnosi z stopnia przesunięcia się odźwiernika przez wydęcie o stopniu ruchomości, względnie zrośnięcia guza z sąsiedniemi narządami. W prawidłowych stosunkach występuje według A. odźwiernik przez wydęcie z swego położenia w linii przymostkowéj na bok i na zewnątrz aż do linii sutkowéj. Wobec istniejących zrostów jest oczywiście ta ruchomość zmniejszoną. Zrosty z przednią ścianą należy stwierdzić przez obmacywanie. Gdy guz jest zrośnięty z wątrobą lub przeponą, to okazuje ruchomość odpowiednio do ruchów oddechowych przepony: gdy jest zrośnięty z trzustką, nie istnieje żadna albo bardzo mała ruchomość w prawo. Jeżeli obrzęk przez rozdęcie znika, to znajduje się w tylnéj ścianie żołądka. Według tego doszczętny zabieg tylko wtedy przedstawia widoki, jeśli odźwiernik przy wydymaniu żołądka znacznie się przesuwa. Gastroenterostomija jest przeciwwskazaną wobec niepodatnego nacieku ściany żołądkowéj. W jednym takim przypadku przekonał się A., że niepodatna ściana żołądka w zupełności ucisnęła i zamknęła jelito odprowadzające. W jednym przypadku dobrotliwego zwężenia bliznowatego widział się A. zmuszonym pokryć powstały przez resekcyję znaczny ubytek za pomocą transplantacyi klina z sieci. Przy tym zabiegu zaleca A. narkozę rozpocząć chloroformem, następnie zaś używa eteru. Lauenstein (Hamburg) zwraca na to uwagę, że guzy dobrotliwe mają w ogóle powierzchnię gładką i znajdują się niżéj niż rak, do rozpoznania którego możnaby wziąć w rachubę cherę. L. u jednego z swych chorych spostrzegł przypadkowo, że po obfitem przepłukaniu żołądka, wykonanem przed zabiegiem, wystąpiła bardzo zwiększona diureza, co L. tłomaczy powiększeniem parcia odruchowo z żołądka wywołanem, gdyż przypuszcza się, że rakiem zajęty żołądek nie pochłania więcéj płynów w znacznéj ilości. Opierając się na tem spostrzeżeniu, radzi zapobiegawczo celem zmniejszenia wstrząsu wypłukać żołądek przed operacyją. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 25).

Dr. Baschkopf.

Hacker (Wiedeń): O transplantacyi świeżych płatów skóry w celu pokrycia większych ubytków skóry, szczególnie po oparzeniach.

Autor porobił następujące doświadczenia: 1. Jeżeli obie części ciała, ta, z któréj ma się przeszczepiać i ta, na którą ma być przeszczepione, są tak bardzo oddalone od siebie, że nie jest możebne nałożenie świeżego szypułkowego płatu całą jego powierzchnią na odświeżony ubytek, w takim razie transplantacyja płatu i wtedy może się udać, jeżeli tenże brzegiem podstawie przeciwległym połączony został z brzegiem ubytku. 2. Jest rzeczą możebną, po przygojeniu płatu do brzegu, płat z góry za krótko wzięty (z powodu obawy przed częściową zgorzelą tegoż) jeszcze powiększyć, t. j. jego mostek przedłużyć. 3. Jeżeli płat taki ma dostatecznie szeroki mostek, w takim razie znosi dość znaczną dyslokacyję, względnie okręcenie, nie ulegając obumarciu, jeżeli tylko przez unieruchomienie części ciała unika się naciągania, jako też zbytniego uciskania płatu. 4. W poszczególnych przypadkach użyć można z skutkiem nie tylko jednoszypułkowych, ale także podwójnie szypułkowych t. z. płatów mostkowych (*Brückenlappen*), które to postępowanie w razie gdy części ciała można do siebie przybliżyć w pożądany sposób, wtedy szczególnie się nadaje, jeżeli potrzeba stosunkowo długich, a niezbyt szerokich płatów, których odżywianie byłoby utrudnione za pomocą jednéj tylko szypułki; takim sposobem można braki nawet odnóg dolnych pokryć za pomocą płatów z klatki piersiowéj. W pierwszym przypadku (chłopiec $8\frac{1}{2}$ r., zrośnięcie całego ramienia i połowy przedramienia z skórą klatki p. po oparzeniu) po przecięciu blizny przeszczepiono płat z grzbietu na klatkę p., a następnie jednoszypułkowy płat wzięty z przedniéj powierzchni klatki p. na prawe ramię ku pasze tak, że chory mógł teraz podnieść odnogę, która pierwéj była nie do używania, mógł rękę przybliżyć do ust i t. d. W drugim przypadku (18-letnia dziewczyna, głowa wskutek blizn oparzelinowych, idących od podbródka do piersi, przechylona ku piersi i na lewo) pokryto po wycięciu blizn prostokątny ubytek wielkości dłoni na szyi przez przeszczepienie dużego skręconego płatu z przedniéj i wewnętrznéj powierzchni lewego ramienia; obecnie ruchy głowy są zupełnie wolne. W trzecim przypadku (dziewczynka l. $5\frac{1}{2}$, silne pokurczenie obu stawów kolanowych wskutek blizn oparzelinowych) pokryto ubytki powstałe po wycięciu blizn w obu przegubach kolanowych za pomocą dwóch długich, poziomych, dwuszypułkowych płatów piersiowych, które powierzchniami rannemi w ten sposób zetknięto z ubytkami, że po obu stronach noga wraz z podudziem przeprowadzoną była przez zwisający w postaci pętli płat. Dziecko, które uległo oparzeniu w 15-tym miesiącu i z tego powodu w ogóle jeszcze nie chodziło, chodzi teraz dość dobrze po przeniesieniu płatów i umożliwieniu wyprostowywania kolan. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik 20-ty).

Dr. Baschkopf.

Thiersch (Lipsk): O wyrywaniu nerwów.

Wobec znacznych operacyjnych trudności, jakie przedstawia wycięcie nerwu troistego przy podstawie czaszki, starał się T. zastąpić ciężkie zabiegi prostszemi, których celem było wyszukanie poszczególnych gałązek tego nerwu, uchwycenie ich w ich przebiegu za pomocą odpowiednich narzędzi i wyrwanie. Jako najlepiéj celowi odpowiadające narzędzie okazały się kleszczyki z ramieniem wklęsłem i wypukłem, których powierzchnie chwytające mają karby. Za pomocą takich kleszczyków chwyta Thiersch odsłonięty nerw w jego przebiegu i nawija go przez okręcanie na narzędzie. Powierzchowne rozgałęzienia nawijają się na kleszczyki bez oderwania się; koniec środkowy wyrywa się daleko wyżéj z swojemi korzeniami. Tylko uchwycone gałązki zostają wyrwane, zaś nerwy odgałęziające się powyżéj miejsca uchwycenia zostają nienaruszone; to samo dzieje się, jeżeli uchwycony pień przed pociągnięciem silnie okręcamy. U 17-stu chorych wykonał T. 28 takich wyrywań nerwu, mianowicie 5 razy nerw nadoczodołowy, 11 razy podoczodołowy, 3 razy językowy, 4 razy żuchwowy. Anatomiczne stosunki n. nadoczodołowego są bardzo różnorodne; najczęściéj wychodzi podzielony na 3 wiązki. Aby więc nic nie pozostawić, należy odsłonić wewnętrzną połowę brzegu oczodołowego, aby nerw dokładnie zobaczyć. Jeśli po jego wyrwaniu pozostają jeszcze bóle w błonie śluz. i w skrzydle nosa, należy osobno wyszukać n. sitowy i wyrwać go. Tak samo nie udaje się przez wyrwanie n. oczodołowego usunąć także nerwy zębowe. Nerw językowy odsłaniamy pod szczęką za pomocą cięcia Linka; odchodzący od niego *n. buccinatorius* należy osobno wyszukać. Nerw żuchwowy jest najtrudniéj dostępną gałęzią n. troistego; tuż pod otworem jajowatym odchodzi *n. auriculo-temporalis*, który zaopatruje skórę skroni. Richet opowiada o kowalu, który leczył bóle zębów przez nakłucie przed uchem; tu prawdopodobnie przebijał *n. auriculo-temporalis*. Ciężki przypadek *Tic convulsif* wyleczył T. przez wyrwanie po koleji gałęzi n. trójdzielnego. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 25).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Ahlfeld. O zapobieganiu zakaźnym chorobom oka w pierwszym tygodniu życia.

W zakładzie położniczym w Marburgu nie było od $3\frac{1}{2}$ roku na 943 porodów śluzo-ropotoku spojówki, a od $1\frac{1}{4}$ r. zapalenia ropnego worka spojówkowego, podczas gdy pierwéj n. p. w r. 1882 na 163 porodów przydarzyło się 13 razy = 7·97% *ophthalmoblenorrhoea*. A. dzieli choroby zakaźne ócz, występujące w pierwszym tygodniu życia, na 3 rzędy: 1) śluzotok z diplokokami, którego przebieg trwa zwykle 2 tygodnie; wobec niedostatecznéj ostrożności rogówka często także bywa zajętą; 2) zapalenie ropne bez diplokoków, zato z licznemi drobnoustrojami w postaci prątków; trwa 7—10 dni; 3) lekka *conjunctivitis catarrhalis* z nieznaczną wydzieliną; dziecko samo oczy otwiera. Aby zapobiedz ciężkim chorobom oka, poleca A. wczesne przestrzykiwanie

pochwy, natychmiastowe oczyszczanie po porodzie powiek i ich otoczenia, ochranianie główki przed wydzieliną z części rodnych matki za pomocą czystego podkładu pod główkę i przestrzeganie, aby woda do kąpieli użyta podczas całego okresu połogowego nie stykała się z twarzą. A. używał do końca r. 1886 rozmaitych zapobiegawczych zakraplań do ócz, które porzucił r. 1887 i tylko dzięki przestrzeganiu wyliczonych wyżéj ostrożności osiągnął tak znakomite rezultaty. (*W. m. Woch.* 1889, Nr. 19) *Dr. Baschkopf.*

Choroby uszne.

Th. Heimann (Warszawa): **Przypadek wyrośli kostnéj ucha zewnętrznego.**

Dotyczy to przypadku zapalenia ropnego ucha środkowego połączonego z naroślą kostną przewód uszny zupełnie zamykającą. Objawy zatrzymania ropy, występujące w bardzo groźny sposób: ból i zawrót głowy, niedowład twarzy, bolesność w okolicy skroni i wyrostka sutkowego na lekkie uderzenie palcami, wskazały usilnie operacyję. Autor usunął wyrośl kostną szeroko siedzącą na tylnéj górnéj ścianie przewodu usznego dłutem i młotem w przeciągu 12 minut, potem przestrzyknął przewód 4% rozczynem kwasu borowego i wytamponował szczelnie za pomocą gazy jodoformowéj. Po 48 godzinach wyjęto gazę i włożono sączek gumowy. Późniéj odnawiano ściśle przeciwgnilny opatrunek co drugi dzień, przyczem się pokazało, że najlżejsze dotykanie rany kostnéj wywoływało zawrót głowy, wzmagający się prawie do mdłości. Gojenie przebiegało bez gorączki, rana operacyjna zabliźniła się, przewód uszny miał światło prawidłowe tak, że zamiast rurki gumowéj włożono zwykły tampon z waty. Przypady z zatrzymania ropy pochodzące znikły również po wyłuszczeniu narośli. Przeciw zapaleniu ropnemu i obfitemu ziarnieniu w jamie bębenkowéj używano kilkakrotnéj operacyi za pomocą zdziergadła pętlicowego, przyżegania galwanokaustycznego, wdmuchiwania kwasu borowego, za pomocą którego to postępowania osiągnięto wyleczenie sprawy zapalnéj i znaczne polepszenie słuchu. (*Ztschr. für Ohrenheilkunde* 1884, Bd. XIX., 3). *Dr. R. Spira.*

Choroby kobiece i położnictwo.

Dührssen (Berlin): **O krwotokach poporodowych.**

W celu zatamowania krwotoków po porodzie poleca D. tamponadę przewodu pochwowo-macicznego. D. rozporządza 57-miu przypadkami i przy używaniu tamponady we wszystkich tych przypadkach stwierdził, że macica po niéj silnie się kurczy, nie ulegając późniéj zwiotczeniu. Krwotok ustaje: 1) przez skurcz macicy i 2) przez uciśnięcie jéj wewnętrznéj powierzchni. Tamponada pomagała zawsze, gdy inne środki zawiodły. W bezwzględnem zwiotczeniu osiągnięto również za pomocą niéj w wielu przypadkach skurcz macicy; tak samo jest ona odpowiednią w pęknięciach szyjki, łożysku poprzedzającem itp. Ten fakt, że tamponada przewodu maciczno-pochwowego wstrzymuje wszystkie krwotoki całego przewodu rodnego, czyni postępowanie to dla praktyki nadzwyczaj ważnem. Zakażenie gnilne może przytem wystąpić przez przeniesienie zarodków n. p. z pochwy, dla tego używać należy wyjałowionych pasków płóciennych, a względnie, gdzie to jest możebnem, wyjałowionych pasków gazy. Pierwsze można sobie zawsze przygotować, jeśli nie ma pasków gazy, jeżeli się paski płócienne wyparzy w wrzącéj wodzie i potem ochłodzi. Przez odrażania pochwy unikać należy samozakażenia z pochwy. Paskom gazy jodoformowéj daje autor tylko wtedy pierwszeństwo, jeśli istnieją sprawy rozkładowe w macicy. Tamponady dalej można jeszcze użyć w cięciu cesarskiem i w pęknięciach macicy i to z dobrym skutkiem. W dyskusyi kładzie Olshausen przedewszystkiem nacisk na rozpoznanie, skąd krwotok pochodzi, czy z pęknięcia szyjki, czy z zwiotczenia. Przypadki zakrwawienia wskutek *atonia uteri* uważa za bardzo rzadkie; odrzuca tamponadę jako środek nieodpowiedni. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 26).

Dr. Baschkopf.

Wiedow: **O ropniach miednicy.**

Należy odróżnić ropnie miednicy śród- i pozaotrzewnowe; pierwsze usadowione są bocznie od macicy, u ostatnich zaś punktem wyjścia jest otoczenie okołopochwowe. Odróżnienie u żyjącéj jest często bardzo trudnem, a jeszcze trudniejszem od rozstrzygnięcia anatomicznego usadowienia guza jest wykazanie, czy w nim znajduje się ropa lub nie. We wszystkich tych przypadkach, w których z pewnością wykazać można ropę, konieczne jest leczenie operacyjne, mianowicie nacięcie. Tu znowu należy odróżnić ropnie, 1. w których ropa toruje sobie drogę ku skórze lub błonie śluzowéj, od ropni, 2. w których ropa znajduje się na dnie miednicy i 3. i ropni przetokowych. W pierwszym przypadku należy naciąć i koniecznie wskazane jest założenie przeciwotworu; w drugiéj postaci można użyć albo dwuczasowego otwarcia, albo wycięcia kości krzyżowéj i ogonowéj, które w takich przypadkach oddało bardzo dobre usługi, gdyż bardzo łatwo do ropy dostać się można. W ropniach przetokowych konieczne jest oprócz przeciwotworu także założenie sączka. Elischer w Budapeszcie zwraca uwagę na niebezpieczeństwo bardzo szybko rozwijającego się zwyrodnienia skrobiowatego nerek w ropniach miednicy, których nie operujemy. Hirschberg poleca operacyję ze strony pochwy, od któréj Wiedow odradza, zarówno jak od nacięcia odbytnicy, wskazując na niebezpieczeństwo tych zabiegów. (*Münch. m. W.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

C. Fleischmann (Wiedeń): **Przyczynek do nauki o miednicy lejkowatéj.**

Rozpoznanie téj nieprawidłowości miednicy wymaga mierzenia jéj wychodu i oddalenia guzów siedzeniowych od wyrostków kolczystych. Miednica lejkowata jest często przyczyną przeszkód porodowych, gdyż główka zatrzymuje się nad kolcami kości siedzeniowéj, a bóle słabną i w wielu przypadkach t. z. następowego osłabienia bólów porodowych napotykamy właśnie tę nieprawidłowość. Często potrzebne są zabiegi operacyjne a głównie operacyja kleszczowa i te rzadko udają się bez znaczniejszych uszkodzeń bocznych ścian pochwy. Przed założeniem kleszczy radzi używać długi czas trwających pełnych kąpieli ciepłych, ułożenia klęczącego rodzącéj. Jeżeli kleszcze zakładane w różnych wymiarach napotykają na znaczne przeszkody, wtedy radzi natychmiast zmniejszyć pojemność czaszki, gdyż płody i tak z powodu znacznego ucisku w wychodzie miednicy znajdują się w wielkiem niebezpieczeństwie, a jeżeli nawet żywe na świat przychodzą, to późniejszy rozwój umysłowy jest znacznie upośledzony. (*Zeitschr. f. Heilk.* t. IX.). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne i weneryczne.

Hallopeau. **Angina pectoris syphilitica.**

Opisawszy przypadek, w którym na tle kiły wybuchła dusznica bolesna, wyleczona ostatecznie za pomocą jodku potasu, oświadcza się H. za tem, że choroba powstała wskutek zboczeń w zakresie współczulnych gałązek *plexus cardiacus*, które produktami kiły bezpośrednio były drażnione. W końcu podaje następujące wnioski: 1. kiła może tak w wtórorzędnym jak i trzeciorzędnym okresie sprowadzić objawy dusznicy bolesnéj; 2. mogą przebiegać już to jako typowa *Angina pectoris*, już też mogą im towarzyszyć inne objawy nerwowe; 3. *Angina pectoris syph.* powstaje wskutek wytwarzania się tkanki swoistéj w zakresie *plexus cardiacus*; 4. choroba ta może szybko ustąpić pod wpływem leczenia jodem. (*Ann. de Derm. et de Syph.*). *Dr. Baschkopf.*

Notatki lecznicze.

Dwutlenek dwuwodu jako środek przeciw obumarciu szczęki. Z praktyki swéj dentystycznéj opisuje Lohmann w Kassel dwa przypadki obumarcia szczęki, które wyleczył za pomocą przestrzykiwania kilka razy dziennie za pomocą *Hydrog. superoxydatum*; tak samo oddawał mu H_2O_2 znakomite usługi przy ropniach wyrostka zębodołowego, zropiałéj miazdze zębowéj (*pulpa*) i w *Pyorrhoea alveolaris.* L. uważa to połączenie za środek odrażający pierwszorzędnego znaczenia i prosi o doświadczanie go w leczeniu innych obumarć. (*Deutsche med. Woch.* 1889. Nr. 27).

V. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

Chodziło teraz tylko o odpowiednie plany i kosztorys wydatków. W tym celu na wniosek ministra hr. Tołstoja utworzoną została osobna komisyja, któréj poruczono bez-

zwłocznie tem się zająć. Do składu jéj weszli: Dyrektor departamentu ministeryjum oświaty, tajny radca Bradtke i profesorowie Floryńskij i Mendelejew, a nadto z głosem doradczym akademik, budowniczy Bruni, który w 1879 r. odpowiedni plan wraz z kosztorysem przedstawił ministerstwu oświaty, za co otrzymał wynagrodzenie w ilości 3000 rs. Jednakże wydział techniczno-budowniczy przy ministeryjum spraw wewnętrznych, znalazłszy liczne braki w projekcie Bruniego, zaproponował ze swéj strony akademika, radcę tajnego Giberta dla wygotowania nowego więcéj odpowiedniego projektu, również za wynagrodzeniem 3000 rs. Z powierzonego sobie zadania wywiązał się Gibert pod każdym względem znakomicie. Projekt jego znawcy stawiają bardzo wysoko, że jednak kosztorys przekroczył sumę miliona rubli, gdy tymczasem budowa według projektu Bruniego oszacowaną była na 648,312 rs. 47 kopijek, ministeryjum przechyliło się ostatecznie na rzecz téjże i 14 marca 1880 r. wyznaczyło osobny komitet dla wprowadzenia w wykonanie planu Bruniego. Komitet ten odbywał swe posiedzenia i obrady w Tomsku pod przewodnictwem Tomskiego gubernatora, którym początkowo był podówczas radca stanu W. Miercałow, a następnie Rz. radca stanu J. Krassowskij. Członkami jego byli: Wicegubernator A. Dmitrjew-Mamonow, zastąpiony następnie przez Wice-gubernatora, Rz. radcę stanu Pietuchowa, głowa miasta, radca handlowy Zacharyjasz Cybulski, po śmierci którego zasiadał prezes izby skarbowéj, rz. radca stanu Hilarow, budowniczy uniwersytetu, inżenier Arnold, po usunięciu którego wyznaczono inżyniera Naronowicza i wielokrotnie już wspomniany prof. Floryńskij. Obowiązki sekretarza sprawował urzędnik do szczególnych poruczeń ministeryjum oświaty radca stanu Bielawskij. Po śmierci gubernatora Krassowskiego w 1885 utworzony został wkrótce zachodnio syberyjski okrąg naukowy, zawiadywanie którym poruczono rz. radcy stanu Floryńskiemu, po uwolnieniu go jednocześnie od obowiązków profesora akuszeryi w Kazaniu, a poleceniu natomiast przewodniczenia w rzeczonym komitecie. Na miejsce prof. Floryńskiego jako członek wszedł do komitetu dotychczasowy sekretarz tegoż Bielawskij, a czynności sekretarza powierzono naczelnikowi kancelaryi kuratora okręgu naukowego p. Tomaszyńskiemu. Odtąd prof. Floryńskij przesiedlił się zupełnie do Tomska, gdy przedtem tylko letnie 3—4 miesięcy tu spędzał, wtedy właśnie gdy roboty prowadzono. Kamień węgielny pod główny gmach Uniwersytetu położono 26 sierpnia (7 września) 1880 r. i dzień ten bardzo uroczyście obchodzono w Tomsku, a budowę ukończono w r. 1886 prawie już zupełnie. Okazało się przytem, że pierwotny kosztorys, przedstawiony przez p. Bruniego, był za mały i powiększono go aż do sumy 761,740 rs., 58¼ kop., przeznaczywszy niezależnie od téj sumy 49,725 rs. na urządzenie wodociągu i 26,020 rs. na urządzenie zakładu gazowego.

Do wzniesienia gmachu Uniwersyteckiego przyczyniły się w znacznéj mierze oprócz sum, przez rząd wyasygnowanych, a przechodzących z górą 450,000 rs., jeszcze i prywatne ofiary na ogólną sumę 361,923 rs. Z ofiar tych wspomnieć przedewszystkiem należy fundusz złożony przez Demidowa, który wraz z procentami doszedł do poważnéj sumy 182,000 rs. i 140,000 rs., złożone przez Z. Cybulskiego, głowę miasta Tomska, które wraz z procentami wyniosły następnie 158,000 rub. srebrnych.

Otworzenie syberyjskiego Uniwersytetu odbyło się rok temu 23 lipca (3 sierpnia) 1888 r. Było to święto, które uroczyście święciła nietylko cała Syberyja, lecz i Rosyja w ogóle. Dzień ten wszędzie mile i radośnie powitano. Aktu otworzenia dopełnił z polecenia władzy wyższéj wielokrotnie wzmiankowany p. Floryńskij. Mowom, adresom, telegramom, toastom końca nie było. Jedno tylko kupiectwo syberyjskie uczuło się cokolwiek dotkniętem, że ono w tem święcie w znacznéj części zostało pominiętem i być może dlatego nie posypały się ofiary tak szczodrze, jakby się tego spodziewać można było, a i teraz kupiectwo tutejsze w stosunku do Uniwersytetu trzyma się zupełnie na uboczu. Odbija się to na stronie materyjalnéj Uniwersytetu ogromnie, gdyż środki jego są stosunkowo dość szczupłe, a potrzeby wielkie, tak że sumy, przez skarb asygnowane, starczą zaledwie na rzeczy najniezbędniejsze. Przypuszczają powszechnie, że nowi profesorowie nowego Uniwersytetu ten naprężony stosunek najwyższego przybytku nauki do wpływowego i najzamożniejszego pierwiastka ludności tutejszéj stopniowo wyrównają, a wtedy więcéj będzie ofiar prywatnych niż dotąd, zaczem pójdzie podniesienie instytucyi pod każdym względem. Dobrych chęci i szczerych usiłowań wprowadzenia młodéj Tomskiéj wszechnicy odrazu na stanowisko poważne, jakich liczne dowody składają tutejsi dotychczasowi profesorowie, przeważnie ludzie młodzi, niedość: bicza z piasku jeszcze nikt nie ukręcił!

Tomsk przedstawia miasto pod względem ludności największe na całéj Syberyi. Liczy ono dzisiaj z górą 40,000 mieszkańców. Rozrzucone jest na bardzo wielkiéj stosunkowo przestrzeni i przedstawia formę wydłużoną. Długość największéj ulicy, w różnych częściach różne miano noszącéj, około 6 wiorst wynosi. Ponieważ Uniwersytet leży prawie że na samym końcu miasta, a mianowicie w stronie południowo-zachodniéj tegoż, w części najmniéj zaludnionéj, komunikacyja przeto między nim, a środkiem miasta i w ogóle więcéj zaludnionemi dzielnicami dosyć jest utrudnioną. Przestrzeń na jego wzniesienie ofiarowało miasto; wynosi ona 89,422 kw. sążni, jest więc bezwarunkowo większą, aniżeli place, na których wzniesione zostały inne rosyjskie Uniwersytety.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 26 września. Pan Minister Oświecenia potwierdził uchwałę grona profesorów Wydziału lekar., nadającą Drowi Aleksandrowi B o s s o w s k i e m u *veniam legendi* z chirurgii.

* Rok szkolny rozpocznie się pod szczęśliwą gwiazdą. Dn. 5-go października r. b. odbędzie się uroczyste otwarcie nowego gmachu dla kliniki chirurgicznéj. Uroczystość uświetnią obecnością swoją p. Minister Gautsch oraz p. Namiestnik hr. Badeni. Według programu uroczystość rozpocznie się od nabożeństwa, odbyć się mającego o godzinie 9½-téj zrana w kościele szpitala świętego Łazarza, a celebrować będzie JE. książe biskup; następnie starszy inżynier p. Sare wręczy klucz nowego zakładu p. Rektorowi, ks. Biskup poświęci budynek, a tymczasem profesorowie i uczniowie zbiorą się w przyszłéj sali operacyjnéj; przemówią naprzód X. Biskup i p. Minister, a odpowie tegoroczny rektor prof. Korczyński; dziekan Wydziału lekar. prof. Łazarski odda zakład przyszłemu jego dyrektorowi prof. Rydygierowi, przemówienia jego oraz jednego ze studentów zakończą uroczystość. Wieczór profesorowie Uniwersytetu urządzają raut w sali Towarzystwa ubezpieczeń od ognia, na którym obecni będą p. Minister i p. Namiestnik, poczem obaj pociągiem nocnym wyjadą do Lwowa.

* W sprawie Z j a z d u c h i r u r g ó w p o l s k i c h otrzymaliśmy pismo następujące:

Poświęcenie nowego gmachu kliniki chirurgicznéj nastąpi nie 15, ale już 5 października r. b. ze względu na życzenie p. Ministra, który tylko w tym czasie może wziąść udział w uroczystości. Nie wpłynie to bynajmniéj na czas Zjazdu, który odbędzie się, jak zapowiedziano, dnia 16—17 października.

Prof. Dr. Rydygier.

Dalszy spis zapowiedzianych wykładów:

16) Dr. S t a n k i e w i c z (z Warszawy): O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego.

17) Dr. Z i e l e w i c z (z Poznania): Leczenie wrzodów goleniowych za pomocą transplantacyi skóry.

18) T e n ż e: Konserwatywne leczenie raka wargi dolnéj.

19) T e n ż e: Zastósowanie kreoliny w chirurgii.

20) Dr. B a r ą c z (ze Lwowa): Siedm przypadków promienicy (aktinomykosis) z demonstracyją chorych wyleczonych.

21) T e n ż e: O wartości podwiązania tętnic kręgowych przy padaczce, na podstawie sześciu przypadków w ten sposób operowanych.

22) T e n ż e: Dwa przypadki resekcyi jelit z uwagami o szwie jelitowym, na podstawie pięciu przez siebie wykonanych resekcyj jelit.

23) T e n ż e: Nowy sposób operowania polipów noso-połykowych.

24) Tenże: Demonstracyje chorych i preparatów.

25) Dr. Obtułowicz (z Buczacza): Pięćdziesiąt przypadków operowanych raków, przeważnie wargi dolnéj.

26) Dr. Bujwid (z Warszawy): Hodowla grzybka promienicy; demonstracyja sposobu hodowania preparatów i fotogramów.

27) Dr. Schramm (ze Lwowa): O leczeniu gruźlicy kości i stawów u dzieci.

28) Dr. Cybulski (z Krakowa): Badania doświadczalne nad uciskiem mózgu.

29) Dr. Trzebicky (z Krakowa): O operacyjnem leczeniu hemoroid.

30) Dr. Drobnik (z Królewca): Demonstracyja przyrządu do wyleczenia stopy szpotawéj.

31) Dr. Bossowski (z Krakowa): Zabiegi eksperymentalne na kręgosłupie zwierzęcym.

Sprostowanie: Przez omyłkę podano w pierwszym spisie „Dr. Ziembiński“ zamiast „Dr. Ziembicki“.

* Czytamy w „Czasie“: „Komisyja wydelegowana z łona Magistratu m. Krakowa do zrewidowania chajderów, przedstawiła trzy chajdery do natychmiastowego zamknięcia, a ponieważ żaden nie odpowiada wymogom sanitarnym, jakie przedstawiło ministerstwo spraw wewnętrznych w jednem z najświeższych rozporządzeń, przeto Magistrat prawdopodobnie poleci niebawem wszystkie pozamykać“.

A więc nareszcie nabyto przekonania, że żaden chajder nie odpowiada wymogom sanitarnym, co przecież od dawien dawna było powszechnie znanem, jak też było wiadomem, że zakłady te wprost były i są szkodliwemi pod względem dydaktycznym, społecznym i t. d. Mimo to jakoś nie wierzymy w rychłe ich zamknięcie, byłoby to bowiem rzeczą za nadto piękną, a my lubujemy się w rzeczach szpetnych. Na jednę tylko okoliczność zwracamy uwagę: jeżeli taki stan rzeczy sprawdzono w Krakowie, cóż dopiero dzieje się w małych miasteczkach galicyjskich!

* Dr. Stachiewicz po 4-letniéj praktyce w Görbersdorfie przeniósł się do Lwowa, gdzie praktykę wykonywać będzie.

* **Heidelberg.** Dn. 18 b. m. otwarty został tu Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich. Na pierwszem ogólnem posiedzeniu obecny był W. X. Badeński. Po przywitaniu przez Ministra Oświecenia, burmistrza, rektora Uniwersytetu i prof. Virchowa, jako przewodniczącego Wydziału gospodarczego, mieli wykłady proff. Meyera i Volgera. Największe zaś zajęcie budziła demonstracyja fonografu w obecności wynalazcy Edisona.

* **Berlin.** Dla X Zjazdu międzynarodowego, w roku przyszłym odbyć się mającego, wybrano przewodniczącymi Bergmanna, Leydena, Virchowa i Waldeyera a sekretarzem jeneralnym Lassara.

† **Anglija.** Najwięcéj członków z towarzystw lekarskich liczy obecnie bez wątpienia Towarzystwo lekarskie angielskie (*The British medical Association*), bo 12,858 członków. Filije towarzystwa znajdują się na Malcie, w Australii, Gwijanie angielskiéj, Indyjach wschodnich i zachodnich i t. d.

† **Portugalija.** W Portugalii zabroniono dawania publicznych przedstawień hypnotycznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** W półroczu przyszłem letniem ma być systemizowaną katedra hygieny, którą ma otrzymać Dr. Fraenkel, 1-szy asystent przy zakładzie berlińskim. — **Budapeszt.** Prof. Thanhofer proponowany przez Wydział na prof. anatomii opisowéj po Lenhossku, nie został potwierdzony, a gdy Lenhossek młodszy, dotychczasowy zastępca, przeniósł się do Bazylei jako prosektor, poruczono wykłady anatomii prof. Mihálkovicsowi. — **Rostok.** Prof. okulistyki Zehender przeniósł się w stan spoczynku; na katedrę jego powołany został Dr. Berlin ze Stuttgartu. — **Fryburg.** Docent okulistyki Dr. Knies mianowany został prof. nadzw. — **Cagliari.** Dr. Lustig, rodem z Austryi, mianowany prof. patologii ogólnéj. — **Rio de Janeiro.** Dr. Paweł Carvalho, mianowany prof. fizyjologii. — **Worcester.** W stanie Massachusets otwarto nowy uniwersytet, założony przez Jonasza Clarka kapitałem 55 milionów marek. — **Paryż.** Prof. Brown-Séquard uwolniony został od obowiązków wykładania fizyjologii, a zastępstwo poruczono asystentowi Drowi Arsondalowi (miałożby to być słusznem następstwem ostatnich występów zasłużonego dawniéj fizyjologa?) — **Dorpat.** Dotychchczasowy rektor znany fizyjolog Dr. Aleksander Schmidt wybrany został ponownie na 4 lata rektorem Uniwersytetu. — **Petersburg.** Docent prywatny Popow mianowany został profesorem desmurgii i mechanurgii w Akademii wojskowo-lekarskiéj.

* **Odznaczenia.** W dniu imienin Cesarza ross. zostali odznaczeni następujący lekarze wojskowi: orderem św. Stanisława kl. 1-széj: prof. Jan Mierzejewski w Petersburgu; ord. św. Włodzimierza kl. 3-ciéj: Józef Monkiewicz, Józef Wiłkomirski, Antoni Ziemięcki i Józefat Ulanowski, orderem Włodzimierza kl. 4-téj: Józef Talko; ord. ś téj Anny kl. 2 éj: Edmund Laks, Kazimierz Rosenthal, Feliks Szypiński, Stanisław Sulicki, Józef Słuszko-Ciapiński; orderem Anny klasy 3 ciéj: Dymitr Sakowicz, Erast Horbacewicz, Otton Nowicki, Aleksander Lissowski, Wacław Szymański, Fran. Zalewski, Aleksander-Zygmunt Wanowski, Wacław-Zdzisław Bogucki, Leopold Józefowicz, Paweł Maciejowski, Jan Rzymowski, Stefan-Józef Tomkiewicz; orderem Stanisława kl. 2-giéj: Konrad Rumszewicz, Wincenty Wojnicz, Adam Żukowski, Jan Filipowicz, Franciszek-Józef Bieniecki, Ignacy Wojszwiłło, Antoni Grabowski; orderem Stanisława kl. 3-ciéj: Edward Adamowicz, Konstanty Daszkiewicz, Stan.-Wincenty Grabowski, Edward Warzejewski, Wojciech Tyniński, Wiktor Starzyński, Jan Pruszkowski, Władysław Wnorowski, Aleksander Pawczyński, Jan Sokołowski, Konstanty Pietraszewicz, Kaźmierz Żukowski. Podziękowanie monarsze otrzymali: Kuszelewski, Topczewski i Minkiewicz (dywiz. lekarz).

Dr. J. T.

* **Mianowanie.** Prymaryjusz Dr. Benjamin Cumpelik mianowany został dyrektorem krajowego zakładu dla obłąkanych w Pradze czeskiéj.

* **Wiadomości osobowe.** Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali Drowie Stefan Karaś w Raguzie i Tadeusz Czyszczan we Wiedniu; lekarzem asystentem w obronie krajowéj Dr. Michał Tylka.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 37: Gabszewicza: Przypadek wycięcia nerki lewéj. — W Nrze 38: Poznańskiego: Drugie sprawozd. z oddz. chir. szpit. dla dzieci fundacyi mał. Bersonów i Baumanów. — W *Gazecie Lekar.* Nr. 38: Nenckiego: O rozkładzie białka pod wpływem anerobów (dok.); Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. — W *Zdrowiu* Nr. 48: Biegańskiego: Opis sanit. fabryki worków jutowych; Rauma: Obecny stan wiadomości o wpływie światła na bakteryje; Tchórznickiego: Dyfteryja i kwarantany (dok.); Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra WAGNERA: Nieskolko nabliudenii nad krowoostonawliwajuszczym diejstwiem pastuszéj sumki (Capsulae bursae patell.) (Odbitka z *Wracza*, Nr. 17, 1889) in 8-vo str. 8. — Dr. J. KARLIŃSKI: Ü. d. Verhalten d. Typhusbacillus im Brunnenwasser (Odbitka z *Archiv f. Hygiene*) in 8-vo str. 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 5 Października 1889. Nr. 40.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Sakcharyna jako lek i przyprawa.

Podali
na podstawie doświadczeń klinicznych
Drowie J. Rosenzweig i W. Jaworski.

Jeszcze w r. 1879 ogłosili amerykańscy chemicy C. Fahlberg i J. Remsen (*Ber. der chem. Gesellschaft in Berlin*, B. XII pag. 469) syntezę połączenia aromatycznego $C_6H_4\left<\begin{matrix}CO\\SO_2\end{matrix}\right>NH$ t. j. bezwodnika kwasu orto-sulfo-amino-będźwinowego, otrzymanego przez szereg rozmaitych działań chemicznych z toluolu, jednego ze składników mazi z węgli kamiennych. Połączenie to, odznaczające się silnym smakiem słodkim, zwróciło na siebie dopiero w r. 1884 większą uwagę i zostało przez Fahlberga nazwane niewłaściwą nazwą sakcharyny, chociaż pod względem chemicznym niczego wspólnego z gromadą ciał, zwanych cukrami niema. Istota ta przedstawia w stanie chemicznie czystym proszek biały, okazujący własności kwasowe, we wodzie jednak bardzo trudno rozpuszczalny, natomiast związki jego z zasadami, a mianowicie ze sodem, sakcharynian sodowy (*natrium saccharinicum*), są we wodzie bardzo łatwo rozpuszczalne, a smaku silnie słodkiego, to też do użytku najprzydatniejsze. Jeden lub dwa centigramy sakcharynianu sodowego na 100 grm. wody przekroplonej dają rozczyn, okazujący smak dostatecznie słodki. Większy dodatek sakcharyny wywołuje smak zbyt słodki, mniej przyjemny. Lecz i w rozcieńczeniu 1-go ctgr. sakcharynianu sodowego na 1000 grm. wody utrzymuje się jeszcze smak wyraźnie słodki. Co do stopnia natężenia smaku słodkiego, to 1 grm. sakcharynianu sodowego równoważy 280 grm. zwyczajnego cukru trzcinowego. Wskutek tak silnego smaku słodkiego pojawia się obecnie silna dążność stosowania tego ciała bądź jako przyprawa do pokarmów miasto cukru, bądź też jako lek. Dość liczne w tych kierunkach dotąd ogłoszone prace nie są we swych wnioskach zgodne. Podczas gdy jedne z nich przedstawiają sakcharynę albo jako środek mający wartość leczniczą, albo jako zdrowiu ludzkiemu nieszkodliwy, to inne znów uważają ją albo bez wartości leczniczej, albo nawet dla ustroju ludzkiego szkodliwą.

Pomijamy tu liczne świadectwa lekarskie, umieszczone w reklamach fabrykantów, jak n. p. z kliniki lekarskiej prof. Leydena w Berlinie, a nadmieniamy tylko wyniki najważniejszych prac doświadczalnych, dotyczących działalności i zastosowania sakcharyny.

A. Stutzer (*Deutsche-amerikanische Apotheker-Ztg.*, 1885 Nr. 4) robiąc doświadczenia z kwaśną sakcharyną, dostrzegł, że dodana w ilości 0·1% do rozczynu bulijonu i cukru działa widocznie przeciwgnilnie, które to działanie Landolt, P. Mercier, Van Heurck także spostrzegli. W doświadczeniach znów wykonywanych na królikach i psach przekonał się Stutzer, że sakcharyna na czynność ustroju żadnego wpływu nie wywiera. V. Aducco i U. Mosso (*Arch. per le scienze med.* IX 1885, p. 407) robiąc dokładniejsze doświadczenia na żabach, psach i królikach, dochodząc do dawek 5 gramowych, nie dostrzegali także żadnego wpływu na ustrój zwierzęcy. Powyższej dawki i sami autorowie używali, nie doznając żadnego wpływu na czynności lub przemianę materyi w ustroju. Zauważyli tylko, że cała ilość sakcharyny przechodzi do moczu, w którym się ukazuje już w pół godziny po zażyciu, a nie przechodzi do mleka i śliny. Bez poparcia doświadczeniami klinicznemi polecają autorowie powyżsi sakcharynę zamiast cukru w cukrzycy, otyłości i w stanach chorobowych, w których treść żołądka, jelit lub pęcherza znajdują się w rozkładzie. E. Salkowski (*Ueber das Verhalten des sogenannten Saccharin im Organismus.* — *Virch. Arch.* 1886, B. 105, p. 46—62) znalazł w swych doświadczeniach laboratoryjnych, że ślina i sok trzustkowy utracają siłę trawiącą pod wpływem sakcharyny tylko wtenczas, jeżeli rozczyn jest kwaśny, po zobojętnieniu zaś jako sakcharynian sodowy działanie powyższych rozczynów nie ustaje. Nie powstrzymuje sakcharyna również sztucznego tra-

wienia żołądkowego. Własność zaś przeciwgnilną sakcharyny badaną za pomocą bulijonu znalazł autor bardzo słabą. W doświadczeniach znów na psach i królikach, stosując dawki po 2 grm. dziennie, nie zauważył Salkowski w wydzielinach tych zwierząt żadnych zmian; jedynie ukazało się u psów małe powiększenie pierwotnego ciężaru ciała i oznaki słabego działania przeciwgnilnego w przewodzie pokarmowym. Th Stevenson i C. Wooldridge (*The Laucet* 17. Nov. 1888, p. 958) uskuteczniali podobne doświadczenia laboratoryjne i zwierzęce i przyszli do tych samych wyników, co Salkowski, z wyjątkiem, że znaleźli, że 1% sakcharyny sztuczne trawienie żołądkowe włóknika powstrzymuje E. Gans w swéj również laboratoryjnéj pracy (*Berl. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 13) przychodzi do wniosku, że trawienie soku żołądkowego i jelitowego, jako też rozkład kału bywają przez sakcharynę kwaśną powstrzymane, podczas gdy sakcharynian sodowy jest w tych kierunkach bez wpływu.

Przechodząc do prac czysto klinicznych nad działaniem sakcharyny, wymieniamy z dotychczasowych rozprawę Kohlschüttera i Elsässera (*Saccharin bei Diabetes mellitus. D. Arch. f. kl. Med.* 1887, B. 41, p. 178), w któréj podnoszą korzystny wpływ tego ciała na przebieg cukrzycy. E. Stadelmann (*Ueber die Schädlichkeit des Saccharin. Mittheilungen aus der med. Klinik in Heidelberg*) podając 11-tu chorym sakcharynę w dawkach coraz większych, opisuje przypadki, w których stosowanie po 3 gramy sakcharyny sprawiało nudności i gniecenie w żołądku. Najwięcéj jednak zasługuje na uwagę ostatnia praca kliniczna w tym kierunku wykonana w klinice prof. Draschego we Wiedniu przez Drów A. Petscheka i Th. J. Zernera na 50 ciu chorych (*Ueber das Saccharin. Centralblatt f. ges. Therapie* 1889, H. VI). Do téj pracy, która się ukazała już po ukończeniu naszych doświadczeń klinicznych i z naszemi głównemi wynikami jest zgodną, powrócimy jeszcze kilkakrotnie w ciągu niniejszéj rozprawy. Także wielu praktykujących lekarzy, jak Pollatschek (*Zur Diätetik des Diabetes mellitus, Allg. Wien. med. Zeitung* 1887, Nr. 5); Abeles (*Wiener med. Woch.* 1887, Nr. 24); Kretowicz (*Wiadomości lekarskie* 1889) polecają stosowanie sakcharyny w praktyce lekarskiej.

Podczas gdy wyżéj wymienione prace wykazywały wyniki korzystne po stosowaniu sakcharyny, nie brak jednak publikacyj, zwracających uwagę na szkodliwość téj istoty chemicznéj. Worms przedstawił w Akademii lek. w Paryżu (*Bull. de l'Academie de med.* 1888, p. 498) cztery przypadki cukrzycy, w których stosował tylko po 0·1 grm sakcharyny, a już po 14 dniach dalszego podawania z powodu rwania na wymioty i ciśnienia w żołądku zaprzestać musiał. A. Dujardin-Beaumetz podniósł na posiedzeniu Akademii również obawę o upośledzenie trawienia żołądkowego i trzustkowego, jako też o podrażnienie nerek przez sakcharynę. W następstwie tego przedsiębrało we Francyi kilku autorów (Brouardel, Pouchet, Ogier et Loye, Girard, Constantin Paul i Kügler. *Annales d'hygiene publique et de médécine légale* 1888, p. 300) laboratoryjne doświadczenia nad wpływem sakcharyny na trawienie i nad jéj własnościami przeciwgnilnemi i przyszli do wniosku, że sakcharyna wstrzymuje sztuczne trawienie istot skrobiowatych i białka i działa przeciwgnilnie, dla tego też jako takie ciało dla ustroju jest szkodliwe. Podobnie i Plugge (referat z *Centralbl. f. med. Wiss.* 1898, Nr. 17) spostrzegał w swych laboratoryjnych pracach upośledzenie trawienia skrobi i białka pod wpływem sakcharyny, a stąd teoretycznie wnioskując wypowiada zdanie, że sakcharyny podobnie jak kw. salicylowego nie należy używać jako dodatku do pokarmów.

Wobec okoliczności, że sakcharyna coraz więcéj wciska się do użytku bądź jako lek, bądź jako przyprawa do pokarmów, a zapatrywania w téj kwestyi, jak wyżéj przytoczono, nie są zgodne, chcieliśmy sobie w niéj własny sąd wyrobić. To też na materyjale kliniki lekarskiéj, przez prof. Korczyńskiego łaskawie nam pozostawionym, przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń ze sakcharyną tak na osobach względnie zdrowych, jako też i chorych.

Przetwór przez nas używany nie była to czysta kwaśna sakcharyna, lecz sól jéj sodowa (*natrium saccharinicum solubile*) obojętna i rozpuszczalna, otrzymana wprost z fabryki: Fahlberga, List et Co in Salbke-Westerhüsen n/E., co o tyle jest ważnem do zanotowania, że pojawiły się tu i owdzie inne przetwory, tę samą nazwę noszące, a różniące się prawdopodobnie składem chemicznym od sakcharyny Fahlberga.

W doświadczeniach naszych zamierzaliśmy się dowiedzieć o następujących szczegółach:

a) Jaki wpływ wywiera sakcharyna na pojedyńcze czynności ustroju po jednorazowem i długotrwającem użyciu?

b) Jakie są największe dawki sakcharyny, które ustrój bez szkody znosić może?

c) Jaki wpływ wywiera sakcharyna w stanach patologicznych?

Sakcharynian sodowy podawaliśmy u 22 osób, częścią ozdrowieńców, lub ludzi z małemi zboczeniami w różnych narządach, o ile takich w materyjale klinicznym znaleźć mogliśmy, częścią u chorych leżących w klinice. Co do dawek to stosowaliśmy sakcharynę od 1 do 50 gramów. Dawki do 15 grm. podawano w opłatku, większe zaś rozpuszczano co najwięcéj w ćwierć litra wody przekroplonéj, wlewając roztwór za pomocą sondy do żołądka. Największa ilość zażytego sakcharynianu sodowego przez jednego człowieka wynosiła 520 grm. w przeciągu dni 9-ciu. Stosowaliśmy przeto dawki wielkie większe o wiele od tych, jakich ktokolwiek u zwierząt lub ludzi używał. Oprócz doświadczeń na żywym ustroju robiliśmy także sztuczne w pracowni klinicznéj, a to mianowicie w zakresie trawienia. A prócz tego stosowaliśmy sakcharynę jako lek w chorobach pęcherza u trzech osób.

I. Przystępując do szczegółowego omówienia kwestyi co do wpływu sakcharynianu sodowego na ustrój ludzki zaznaczymy przedewszystkiem, że u żadnéj z osób, u których sakcharynę podawaliśmy, zboczeń w zakresie układu nerwowego, w zakresie sfery zmysłowéj, ani umysłowéj i przy najwyższych dawkach (50 grm.), jako też i po sześciomiesięcznem stosowaniu nie zauważyliśmy, a przetwór powyższy w celu unikuięcia symulacyi w podanych kierunkach ze strony pacyjentów, którzyby niechętnie do doświadczeń służyć chcieli, jako lek podawaliśmy.

II. Co do narządu krążenia, to według doświadczeń naszych stanowczo orzec musimy, że sakcharynian sodowy na takowy w najmniejszym stopniu nie wpływa ani dodatnio ani ujemnie. Tętno po podaniu dużych nawet dawek nie uległo u osób, u których sakcharynę podawaliśmy, zmianie, ani co do ilości, ani co jakości i to ani u ludzi, których narząd krążenia był prawidłowy, ani u ludzi z wadami organicznemi serca, ani też wśród stanu gorączkowego. Obrazy sfigmograficzne, zdejmowane u 4 osób z prawidłowym narządem krążenia, u 2 gorączkowych i u jednego z wadą sercową przed zażyciem i w ¼—1 godziny po uży-

ciu sakcharynianu sodowego, nie okazały żadnéj różnicy w wejrzeniu.

Również nie zauważono u osób badanych obniżenia ciepłoty ciała pod wpływem sakcharynianu sodowego, o czem wspominają Petschek i Zerner (l. c. p. 329).

III. Trawienie ślinowe. Aby się przekonać, czy i o ile sakcharynian sodowy wpływa na działanie śliny na skrobię, robiliśmy doświadczenia *in vitro*, gdyż *in vivo* jest to rzeczą bardzo trudną. Nadmieniamy przytem, że sakcharyna użyta w ślinę nie przechodzi tak, żeby ją już smakiem w ustach człowieka, na którym się doświadczenie dokonywa, wykazać można było, na co Aducco i Mosso (l. c.) już zwrócili uwagę. Ponieważ Salkowski (l. c), jako też Petschek i Zerner (l. c. p. 324) nie dostrzegali żadnego wpływu małych dawek sakcharynianu sodowego na działanie śliny na skrobię, przeto używaliśmy w naszych doświadczeniach bardzo zgęszczonych rozczynów tegoż. W tym celu wzięto trzy rurki odczynnikowe, do każdéj nalano po 5 c^3 klajstru z gotowanego saga i rozcieńczono w każdéj z nich klajster 5-ma c^3 wody przekroplonéj.

Następnie do jednéj rurki odczynnikowéj dodano sakcharynianu sodowego 0·5 grm., do drugiéj 0·5 sakcharyny kwaśnéj, a trzecią pozostawiono z czystą wodą. Do wszystkich 3 rurek dodano następnie po 1 c^3 śliny otrzymanéj od zdrowego człowieka, zamięszano i wstawiono do ciepłoty 40° C. na 4 minuty. Po upływie tego czasu zrobiono próbę Trommera na cukier we wszystkich trzech rurkach, a takowa dała wynik dodatni tylko w rurce, do któréj sakcharyny nie dodano.

Powtórzono to samo doświadczenie, ale z dodaniem 0·2 grm. zamiast 0·5 grm. sakcharyny obojętnéj do jednéj rurki odczynnikowéj, a nasyconego rozczynu sakcharyny kwaśnéj 5 c^3, zamiast poprzednio użytéj mięszaniny z 5 c^3 wody przekroplonéj i 0·5 grm. sakcharyny kwaśnéj do drugiéj rurki odczynnikowéj. Postawiono następnie próby powyższe po dodaniu do każdéj po 1 c^3 śliny, wraz z próbą kontrolującą, t. j. z czystą wodą, do ciepłoty 40° C. na 4 minuty; i tym razem oddziaływanie na cukier wystąpiło bardzo wyraźnie z czystą wodą i sakcharynianem sodowym, podczas gdy w próbie, do któréj dodano nasyconego rozczynu sakcharyny kwaśnéj, nie pojawiło się wcale.

Z powyższego wynika, że sakcharyna czysta przeszkadza działaniu śliny na skrobię, działając jako kwas, że jednak i sakcharyna obojętna upośledza trawienie ślinowe, ale dopiero, gdy się znajduje wobec śliny w ilości tak znacznéj, w jakiéj nigdy znaleźć się nie może, gdy się go użyje jako przyprawy do pokarmów. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Rydygiera w Krakowie.

Szereg przypadków operowanych według metody autiseptycznej Maasa.

Skreślił
Dr. Aleks. Bossowski
Docent chirurgii i I asystent kliniki chirurg.

Łącznie z zestawieniem nadmienionych w wykładzie moim habilitacyjnym zabiegów plastycznych korzystam z pozwolenia czcigodnego przewodnika mego prof. Dra Rydygiera, aby ogłosić szereg przypadków z kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, operowanych w ubiegłym roku szkolnym według metody autoplastycznéj przez Maasa udoskonalonéj i nawiązać zarazem kilka uwag, które przypadki te nastręczyły.

Szereg liczy ogółem 7 przypadków transplantacyi, z których trzykrotnie przeszczepiano płat skórny na odświeżoną powierzchnię granulacyjną, w innych zaś 4 przypadkach przeniesiono płat na świeżą powierzchnię ranną, wytworzoną przez wycięcie nowotworu lub blizny. W 6-ciu przypadkach użyto do przeszczepienia skóry brzucha, skąd wycięty płat już to bezpośrednio, jak w pierwszych 5 razach, dotyczących pokrycia plastycznego kończyny górnéj, jużto na drodze wędrówki powolnéj, jak w przypadku 6-tym z blizną przyciągającą ramię do klatki piersiowéj, przeniesiono na istniejący, lub zabiegiem operacyjnym wywołany ubytek.

I. Przypadek autoplastyki, wykonanéj sposobem Maasa, celem zastąpienia ubytku dłoni po wyciętym nowotworze, dotyczył mężczyzny W. M. l. 47, z Opatowca, u którego przed 6 laty na skórze dłoni prawéj miał pojawić się guzek wielkości jęczmienia, niebolesny, który po czterech latach istnienia uległ drobnemu owrzodzeniu. W ostatnich dwóch latach wrzód szerząc się zwolna sprowadzał od czasu do czasu krwotoki, a w ostatnich tygodniach był przyczyną silnych bólów, pozbawiających w zupełności snu chorego.

W d. 13 grudnia 1888 roku chory przyjęty do kliniki chirurgicznéj przedstawiał stan następujący: na dłoni prawéj ręki znachodzi się wrzód wielkości guldena srebrnego, który zajmuje prawie środkową część dłoni i okazuje w części obwodu swego po stronie łokciowéj brzegi płaskie, nierówne, zatokowate, lekko naciekłe, podczas gdy obwód jego po stronie kości sprychowéj cechuje się brzegiem wyniosłym i stwardniałym. Dno wrzodu, lejkowato się zagłębiające, pokryte jest miejscami nalotem szaro-żółtawym, a przy badaniu zgłębnikiem wyczuć można kości śródręcza nie obnażone. Palce lekko zgięte o ruchach czynnych bardzo upośledzonych; ruchy bierne nader bolesne i zwłaszcza w kierunku wyprostowania utrudnione. Na grzbiecie ręki obrzęk ciastowaty, a powyżéj przegubu łokciowego obrzękłe gruczoły limfatyczne, do wielkości fasoli dochodzące. Gruczoły limfatyczne pachy prawej nie macalne.

Rozpoznanie kliniczne z powyższych objawów wrzodu nowotworowego na dłoni stwierdzonem zostało badaniem anatomiczno-histologicznem w pracowni Wgo prof. Browicza dokonanem, które wykazało utkanie mięsakowe.

D. 18 grudnia 1888 r. przystąpiono do wycięcia nowotworu, zabierając zwyrodniałe ścięgna zginaczy palców powierzchownych, począwszy od palca wskazującego i w przeważnéj części zmienione nowotworowo mięśnie krótkie palca wielkiego. Pochewki ścięgien zginaczy palców głębokich, mięśnie glistowate i międzykostne, wzdłuż których szerzył się naciek nowotworowy, częścią ziarninowy, częścią śluzakowy, również wydalono. Rozległy ubytek dłoni po wycięciu nowotworu powstały postanowiono pokryć plastycznie sposobem Maasa przez przeniesienie płatu skórnego z brzucha. Z lewéj połowy tegoż wykrojono płat skórny długi na 14 cm., szeroki na 8 cm. z podstawą w okolicy łuku żebrowego lewego, zajmujący równocześnie skórę i tkankę podskórną i zgiąwszy kończynę górną w łokciu, ułożono rękę dotkniętą ubytkiem na brzuchu tak, że opierała się brzegiem swym łokciowym o ścianę tegoż, przyszyto brzeg płatu przeciwległy szypułce do brzegu promieniowego ubytku dłoni. Do szwu użyto jedwabiu, zakładając w dość znacznych odstępach pojedyncze zwęźlenia. Powierzchnia ranna płatu przylegała dokładnie do dna ubytku dłoniowego, boczne zaś brzegi płatu stykały się z brzegami ubytku, nie połączone na razie szwem. Ubytek wynikły z wykrojenia płatu skórnego na brzuchu zamknięto w większéj części szwem węzełkowym jedwabnym, okrywając go w górnéj niepołączonéj części równie jak szypułkę płatu przeszczepionego na dłoń płatkami gazy, pociągniętéj maścią borową. Po osłonięciu dłoni gazą jodoformową ustalono rękę, przedramię i ramię nieruchomo za pomocą wałków i poduszek z waty sublimatowéj, otoczonéj gazą sublimatową i takowe umocowano zwojami opaski miękkiéj i organtynowéj mocno nakrochmalonéj, które otaczały brzuch i klatkę piersiową wraz z całą kończyną chorą.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał żadnych zabu-

rzeń. W 10 dni po przeszczepieniu płatu, gdy po pierwszéj zmianie opatrunku znaleziono płat przyrośnięty do dna i do brzegu ubytku, jak daleko szew sięgał, wydobyto szwy i przecięto szypułkę płatu, a po przystósowaniu go i odświeżeniu zarówno jego brzegów, jakoteż brzegów ubytku, połączono takowe szwem z nitek lnianych w reszcie obwodu dotąd niezespojonéj. Ranę brzuszną złączono też jeszcze kilku szwami, pozostawiając jednak małą powierzchnię ranną niezamkniętą dla zbytniego napięcia brzegów ubytku. Przy drugiéj zmianie opatrunku w 7 dni później dostrzeżono, że przybrzeżne części przeszczepionego płatu na ograniczonéj przestrzeni ulegają obumarciu, szwy wyjęto, a ranę zasypawszy cienko proszkiem jodoformu, pokryto gazą jodoformową. Z rany brzusznéj, gdzie przyszło w pojedynczych kanałach szwu do ropienia, wydobyto również szwy i zaopatrzono ją antiseptycznie. Dalszy przebieg leczenia odbywał się wśród częstéj zmiany opatrunku tak na dłoni, jako też na brzuchu. Skrawek obumarły płatu oddzielał się zwolna i aseptycznie tak, że w d. 20 lutego, gdy chorego przedstawiono w Towarzysąwie lekarskiem krakowskiem, znachodził się wąski rąbek ziarniny na miejscu, gdzie przybrzeżna część płatu uległa obumarciu.

Ruchy palców przez mięsienie, kąpiele, bierne i czynne ruchy opornie wprawdzie, jednak statecznie się poprawiały. Badanie czucia w przyszczepionym płacie wykazało należyte oddziaływanie na ból, upośledzenie uczucia przy dotyku, znaczne upośledzenie uczucia zimna i ciepła, prawidłowe zaś czucie ucisku, jako też dobrą lokalizacyję i przewodnictwo. D. 22 lutego chory opuścił zakład z poleceniem, aby po upływie kilku tygodni przedstawił się w ambulatoryjum klinicznem.

Dn. 1 czerwca chory zgłosił się ponownie z nawrotem nowotworu, który obecnie głównie w kierunku grzbietu ręki się szerząc, sprowadził tu obrzęk o skórze zaczerwienionéj, napiętéj i ścieńczonéj i zniewolił do odjęcia choremu kończyny w dolnéj połowie przedramienia.

Płat przeszczepiony wśród tego czasu ścieńczał wyraźnie, w każdym jednak razie grubością swą jako też odmienną barwą odróżniał się od skóry obwodowych części dłoni. W pobliżu kącika, między palcem wielkim a wskazującym, widać szczelinowate owrzodzenie strupem z krwi pokryte, prowadzące w głąb w częściach miękkich między kośćmi śródręcza ku grzbietowi ręki. Palce, których chory dla bólów wywołanych odnawiającym się nowotworem wcale nie ćwiczył,, przykurczone w zgięciu ku dłoni i niezdolne do ruchów czynnych z wyjątkiem palca małego, którym chory nieco porusza. Ruchy bierne bolesne, ale możebne, zarówno w kierunku zgięcia, jako też wyprostowania.

W II-gim przypadku pokryłem autoplastycznie sposobem M a a s a owrzodzenie na grzbiecie ręki lewéj u mężczyzny J. S. l. 23 z Tyńca, u którego skutkiem postrzału w dłoń lewą z pistoletu naładowanego prochem i przybitką papierową powstała rozległa f l e g m o n a i następowe obumarcie skóry na znacznéj przestrzeni grzbietu ręki. Chory, leczony zrazu ambulatoryjnie, wstąpił d. 6 stycznia 1889 r. do kliniki chirurgicznéj stałéj i wówczas okazywał stan następny: Grzbiet ręki lewéj na przestrzeni mierzącéj wzdłuż 7 cm., wszerz zaś 3 cm., przedstawia ubytek skóry wypełniony bujną ziarniną, żywo-czerwoną i skąpo wydzielającą, z brzegów którego rozrasta się niebiesko-biaława smuga przyskórka. Na przedramieniu téj saméj kończyny wyżéj stawu nadgarstkowego drobne owrzodzenie podłużne strupem pokryte. Ruchy czynne palców i ręki w kierunku zgięcia dłoniowego zupełnie upośledzone.

D. 10 I. 1889 wykonałem zabieg operacyjny. Po dokładnem oczyszczeniu i odkażeniu ręki lewéj i skóry brzucha, wyskrobano ostrą łyżeczką górne, miękkie pokłady ziarniny z grzbietu ręki i obraniono nożem brzegi ubytku, oddzielając je nieco od podstawy za pomocą podważki.

Krwawiącą powierzchnię ranną uciśnięto tamponem z gazy sublimatowéj i wykrojono teraz z prawéj połowy brzucha płat długi na 12 cm., szeroki na 8, złożony z skóry i tkanki podskórnéj tak, że podstawa jego leżała poniżéj łuku żebrowego prawego, cięcia zaś boczne przebiegały skośnie w dół i ku linii środkowéj. Po nałożeniu podwiązek na krwawiące naczynia powłok brzusznych złączono dokładnie szwem węzełkowym z jedwabiu brzegi ubytku w skórze brzucha aż w pobliże szypułki płatu i osłoniwszy gazą zeszytą ranę brzuszną, ułożono rękę lewą chorego na brzuchu tak, że płat brzuszny ranną swą powierzchnią spoczął gładko na dnie ubytku grzbietowego ręki. Kilku szwami węzełkowemi z jedwabiu zespojono brzeg płatu przeciwległy jego podstawie z brzegiem ubytku ręki po stronie łokciowéj i osłoniwszy kawałkiem gazy pokrytéj maścią borową szypułkę płatu i niepołączoną część rany w powłokach brzusznych, zaopatrzono ranę ręki i otoczenie jéj gazą jodormową i pokładem waty sublimatowéj. Do ustalenia kończyny górnéj na brzuchu użyto wałków i poduszek z waty drzewnéj, umocowanych zwojami opaski miękkiéj i nakrochmalonéj, które okryły brzuch i klatkę piersiową wraz z chorą kończyną górną.

Przebieg gojenia był zupełnie pomyślny.

Dn. 21 I. 1889 r., a więc po 11 dniach od wykonania transplantacyi, zmieniono pierwszy opatrunek i przecięto całą szypułkę płatu, a gdy w następstwie tego płat w całości znacznie przybladł, nie złączyłem go do reszty szwem z brzegiem ubytku, ale skłoniłem się wobec dostatku płatu do zaczekania dni kilku z obawy przed obumarciem części przybrzeżnych płatu. Po wydobyciu też tylko szwów z płatu, założonych śród pierwszego aktu autoplastyki, jako też szwów łączących częściowo ranę w powłokach brzusznych, która w niezespojonéj części goiła się przez wytworzenie się ziarniny, opatrzyłem jedną i drugą ranę antiseptycznie i rękę zawiesiłem na temblaku.

D. 31/1 1889 zmieniono po raz wtóry opatrunek, przyczem znalazłem, że część szypułkowa płatu w nadmiarze po za brzeg ubytku grzbietowegó ręki zwisająca, uległa obumarciu, a nawet część płatu, leżąca już na dnie ubytku, okazywała na powierzchni podejrzaną barwę szaro-żółtawą. Po odcięciu z płatu przeszczepionego części wyraźnie obumarłéj, zespoiłem szwem luźnym płat do reszty teraz już w całym obwodzie z obranionemi świeżo brzegami ubytku grzbietowego ręki. D. 7/2 1889 przy zmianie następowéj opatrunku okazało się, że płat przeszczepiony pokrywał dokładnie ubytek i odzyskał prawidłową barwę tak, że prócz nieznacznego ropienia w pojedyńczych kanałach szwowych udało się osiągnąć wygojenie przez rychłozrost. Wydobyto szwy i okryto grzbiet ręki płatkiem powleczonym maścią borową.

D. 20/2 1889 przedstawiono chorego w Towarzystwie lekarzy krakowskich; można było stwierdzić, że płat przeszczepiony jest dokładnie przesuwalny na podstawie i elastyczny, jakkolwiek znacznie od skóry otaczającéj grubszy. Czucie bólu na skórze przeszczepionéj było prawidłowe, czucie dotyku, jako też czucie ucisku i zimna i ciepła upośledzone. Nie mniéj i lokalizacyja czucia okazywała zaburzenie, podczas gdy przewodnictwo nie zdradzało zboczenia. Ruchy palców i ręki wróciły już prawie zupełnie do stanu prawidłowego.

Gdy operowany po raz ostatni przedstawił się w początku lipca b. r., płat przeszczepiony lekko tylko wznosił się po nad poziom skóry okolicznéj i nieco odmiennem ubarwieniem odbijał od sąsiedztwa. Czucie dotyku i ucisku, jako też ciepłoty wprawdzie poprawiło się znacznie, nie wykazało atoli dotąd stosunków zupełnie prawidłowych.

Przypadek powyższy wskazuje, że dokładne zeszycie brzegów płatu po przecięciu szypułki z brzegami ubytku, nie tylko nie zagraża odżywieniu płatu, ale przeciwnie korzystnie wpływa na przebieg przyrośnięcia tegoż. Nadmierna część płatu po przecięciu szypułki po za ubytek wystająca obumarła, gdy po przecięciu szypułki zaniechałem połączenia jéj z brzegami ubytku, a nadto zagrożoną była i część dalsza płatu, już w granicach ubytku położona, o czem świadczyła złowroga barwa powierzchni. Objawy te ustąpiły jednakże z chwilą, gdy po złączeniu brzegów płatu z ubytkiem stosunki krążenia w płacie zyskały rozleglejsze wyrównanie.

W III-cim przypadku wykonałem transplantacyę sposobem M a a s a z powodu ubytku na szczycie kikuta amputacyjnego, wytworzonego przez obumarcie płatu, użytego do pokrycia kikuta.

J. S. lat 47 z Zakamycza, porwany za rękę przez koło

młockarni, doznał zupełnego zmiażdżenia ręki lewéj i dolnéj części przedramienia i przyjęty w tym samym dniu do kliniki chirurgicznéj, zgodził się na odjęcie kończyny w górnéj $^1/_3$ części przedramienia, do którego też bezzwłocznie przystąpiono.

Przebieg gojenia rany poamputacyjnéj został zaburzony znacznem podwyższeniem się ciepłoty, w następstwie obumarcia płatu skórnego, które pociągnęło za sobą obnażenie szczytu kikuta na rozległéj przestrzeni. Gdy przy zastosowaniu opatrunku z gazy jodoformowéj owrzodziała powierzchnia oczyściła się i pokryła bujną ziarniną, a wydzielina jéj ograniczyła się znacznie, przystąpiłem do autoplastyki sposobem Maasa.

Po zeskrobaniu ostrą łyżeczką górnych, miękkich pokładów ziarniny na kikucie i odświeżeniu brzegów ubytku, wykroiłem w celu pokrycia go z prawéj połowy brzucha płat skośnie z góry ku dołowi przebiegający, z podstawą w pobliżu łuku żebrowego prawego i uśmierzywszy krwotok w ranie kikuta przez ucisk tamponem, w powłokach zaś brzusznych przez podwiązanie broczących naczyń, przyszyłem brzeg płatu brzusznego, przeciwległy jego podstawie, kilku szwami węzełkowemi z jedwabiu do brzegu ubytku na kikucie. Brzegi rany w powłokach brzusznych złączyłem w większéj części szwem z nitek lnianych aż do okolicy szypułki przemieszczonego płatu. Szypułkę płatu i niepołączoną część rany brzusznéj okryto płatkiem nasmarowanym maścią borową, osłaniając zresztą ranę kikuta i brzucha opatrunkiem antiseptycznym. Ramię i kikut przedramienia ustalono za pomocą opatrunku, składającego się z wałków i poduszek z waty drzewnéj sublimatowéj, umocowanych zwojami opaski miękkiéj i nakrochmalonéj.

W 9 dni po wykonaniu zabiegu plastycznego przecięto szypułkę płatu i dostosowawszy go należycie, złączono szwem węzełkowym z jedwabiu z resztą obwodu ubytku na kikucie. Ranę w skórze brzucha zespojono też do reszty szwem, wydobywając zarówno z rany kikuta, jako też z rany brzusznéj założone w pierwszym akcie plastyki nitki szwowe. D. 23/3 1889 płat przeszczepiony przyrósł w zupełności przez rychłozrost, z wyjątkiem dwóch kanałów szwu, w których nieznaczne ropienie po wyjęciu nitek ustąpiło. Dn. 31/3 1889. Płat przemieszczony, dokładnie na podstawie swéj przesuwalny, nie odróżnia się wcale barwą od skóry okolicznéj, od któréj dzieli go zaledwo widoczna blizna linijna. Ruchy utrzymanéj części przedramienia w łokciu zupełnie prawidłowe.

Przypadek powyższy, w którym metodą autoplastyczną przez Maasa unormowaną, pokryto po raz pierwszy ubytek skóry na kikucie amputacyjnym, zasługuje na uwzględnienie z powodu, że rozszerza zakres autoplastyki do przypadków amputacyjnych, gdzie ocalenie choremu kikuta, zwłaszcza na kończynie górnéj, bodaj o kilka centimetrów dłuższego, doniosłe ma znaczenie dla późniejszéj funkcyi pozostałéj części kończyny. Wobec korzystnych wyników, których wolno się spodziewać po zastosowaniu autoplastyki według udoskonalonego sposobu Maasa, nie zachodzi potrzeba odejmowania kończyny tak wysoko, aby uzyskać z niéj saméj dostateczne pokrycie skórne kikuta, ale wystarczy odjąć kończynę w miejscu możliwie najniższem, chociażby nie dostawało tamże płatu skórnego, lub skóra groziła tu jeszcze obumarciem. Dodając bowiem równocześnie albo następowo zabieg autoplastyczny, nie trudno będzie zastąpić rozległy nawet brak skóry lub ubytek jéj późniejszy na kikucie płatem przeszczepionym z brzucha, albo innéj okolicy ciała, dogodnéj do przeniesienia skóry na dany kikut. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

G. Winter: O drobnoustrojach w przewodzie rodnym zdrowéj kobiety.

Badania swoje podjął W. celem rozstrzygnięcia dwóch pytań: 1) w których częściach przewodu rodnego kobiety znajdują się drobnoustroje; 2) jakiego one są rodzaju a przedewszystkiem, czy są między niemi także chorobotwórcze. Materyjał do badania brał świeżo z żyjącéj; wydzielinę z szyjki i pochwy wydobywał bezpośrednio, zawartość zaś trąbek i macicy otrzymał przez jałowe przygotowanie świeżo przez operacyję wydobytych narządów. Z 40 badanych trąbek 29 były zupełnie wolne od drobnoustrojów, a 11 razy rozwijały się hodowle; w tych 11-stu przypadkach można było stwierdzić zanieczyszczenie od zewnątrz lub wtargnięcie z macicy jako przyczynę. W. twierdzi więc, że prawidłowy jajowód nie zawiera w całym swym przebiegu drobnoustrojów. Badania 30 preparatów macicy wykazały, że zdrowa jama maciczna nie zawiera żadnych drobnoustrojów, a okolica wewnętrznego ujścia macicznego zawiera je w połowie przypadków. W 8-miu przypadkach znalazł W. w macicy prątki a tu 4 razy sondowano macicę przed operacyją a raz wprowadzono palec przez szyjkę do macicy. Wydzielina szyjki każdéj zdrowéj kobiety zawiera obficie drobnoustroje, tak samo pochwa. Przewód rodny zdrowéj kobiety zawiera drobnoustroje w pochwie i szyjce, podczas gdy macica i jajowody są wolne, granica między częściami zawierającemi a wolnemi od prątków jest granica wewnętrznego ujścia macicznego. W. znalazł 27 rozmaitych prątków w przewodzie rodnym, który zawiera w połowie przypadków chorobotwórcze ustroje (trzy gatunki stafilokoków), które znajdują się w stanie osłabionéj jadowitości. Z badań tych czyni W. następujące praktyczne wnioski: ostrzega przed nadmiernem używaniem zgłębnika macicznego w przypadkach, w których późniéj mamy wykonać operacyje z otwarciem jamy maciczněj, tem bardziéj, jeżeli przypuszczamy części zdolne do rozkładu, rozpadające się masy nowotworowe. Jeżeli przed wprowadzeniem stoczka do jamy macicznéj celem sprowadzenia sztucznego porodu przedwczesnego nie odraża się energicznie pochwy i szyjki, przenosi się zarodki do macicy i daje pierwszy powód do gorączki, która przy przedłużonym przebiegu porodu przedwczesnego dość często czyni rokowanie dla matki i dziecka niepomyślnem. Dokładne odrażanie szyjki poleca w tych przypadkach, w których wprowadzamy do niéj środki pęczniejące. Odrażanie zewnętrznych części rodnych i przewodu rodnego jest koniecznem. Przypadki samozakażenia są wprawdzie rzadsze, niż zakażenie z zewnątrz, ale bez wątpienia się przydarzają. (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Fizyjologija.

Kunkel: O ciepłocie skóry ludzkiéj.

Za pomocą umyślnie w tym celu zbudowanego termoelementu badał K. ciepłotę skóry u zdrowych ludzi wśród różnorodnych zewnętrznych stosunków i wykazał, że równocześnie większa część pokrytéj powierzchni ciała posiada mniéj lub więcéj jednakową ciepłotę (34·2—34·6°). Zboczenia od tego są nieliczne i sprowadzone szczególnemi miejscowemi warunkami, jak wyższa ciepłota w przegubach pachwinowych z powodu tworzenia się fałdu skórnego podczas siedzenia i zmniejszonego oddawania ciepła, niższa ciepłota na pośladkach, bo tu przylegające suknie więcéj ciepła odbierają. Im żywsza wymiana materyi odbywa się w narządach pod skórą leżących, tem wyższa ciepłota powierzchni. Nad grubemi pokładami mięśniowemi jest nieco wyższą, niż nad ścięgnami i kośćmi, nad częściami dośrodkowemi wyższą, niż nad powierzchownemi. Z części niezasłoniętych bywa twarz w zwykłych warunkach równo ciepła, jak skóra zasłonięta; ręce okazują wahania indywidualne i od czynności zawisłe. Wobec niskiéj ciepłoty zewnętrznéj opada ciepłota skóry, ale nawet wśród najniekorzystniejszych zewnętrznych warunków tylko nieznacznie oddala się ciepłota skóry zakrytéj od zwykłéj wartości. Uczucie przyjemnego ciepła powstaje, jeśli ciepłota skóry wynosi 33·8—34·8° C. Jeśli na tułowiu spada na 32·5, na dośrodkowych częściach odnóg na 31·5, występuje dreszcz. Przy 34·8—35° C. w twarzy doznaje się nieprzyjemnego uczucia gorąca. Z powodu wytwarzającego się potu nie powstaje podwyższenie ponad 35·6° C. (*Zeit. f. Biol.*, tom 25). *Dr. Baschkopf.*

† Dr. Reformotski zbadał wpływ pracy mięśniowéj na przyswajanie tłuszczów i pokarmów u ludzi zdrowych. W tym celu wykonał on 5 doświadczeń, z których każde podzielone było na 2 okresy: 7 dni pracy i 7 spoczynku. Praca mięśniowa polegała na rąbaniu drzew, szwedzkiéj gimnastyce z ciężarkami i długich przechadzkach. Na podstawie tych doświadczeń przyszedł autor do przekonania, że umiarkowana praca mięśniowa

zwiększa przyswajanie tłuszczów; praca zaś, która wywołuje zmęczenie, zmniejsza to przyswajanie. (*Dyssertacyja*, Petersburg, 1889).

Patologija.

C. Schimmelbusch (Kolonia): **Przypadek raka wodnego.** Na oddział prof. Bardenheuera przyjęto dziewczynkę 5-cio-letnią, która po ciężkim durze zapadła na raka wodnego lewego lica. S. usunął części zgorzelinowe, a ranę wytamponował gazą jodoformową. W przebiegu choroby wystąpił tak znaczny zapad sił, że po 5-cio-dniowym pobycie w szpitalu dziecko chorobie uległo. W tym przypadku rozchodziło się o typowy przypadek zgorzeli lica. Za życia mimo ciężkości choroby i rozległości zniszczenia stwierdzono względnie tylko nieznaczne oddziaływanie ustroju; śmierć nastąpiła wskutek wyniszczenia, cała choroba nosi cechę cierpienia miejscowego. Zgorzel lica jest względnie rzadką chorobą i zdarza się, że lekarze nawet z długoletnią praktyką ani jednego przypadku nie widzą. O istocie choroby zdania są rozdzielone; lekarze, którzy spostrzegali ją po użyciu znacznych dawek rtęci, uważają ją za rtęciowe zapalenie jamy ustnéj; najwięcéj rozpowszechnione jest zapatrywanie, że *noma* należy do spraw nekrotycznych w uwiądzie t. j, że jestto postać kachektycznéj zgorzeli (odleżyna), gdyż spotykamy to cierpienie najczęściéj u wyniszczonych dzieci po ciężkich chorobach, szczególnie zakaźnych (odra, płonica, dur itd.). Jak w etyjologii *necrosis marantica* jedni kładą nacisk na zboczenia w krążeniu, drudzy unerwienia, podobnie i tu spotykamy dwa stronnictwa, z których jedno uważa tę zgorzel za *necrosis anaemica*, drugie za trofoneurozę; rzadko uważano ją za chorobę pasorzytniczą. S. znalazł w cieczy tkaninowéj wielką ilość rozmaitych grzybków, przeważały prątki, ale obok nich znachodziły się stafilo-, strepto- i diplokoki. Na podstawie badania drobnowidowego twierdzi S, że rak wodny cechuje się jako szczególne ostre obumarcie tkanek bez znaczniej szego oddziaływania otaczających części. W hodowlach powstawały szarawo białe, wyniosłe, przeświecające plamy. Hodowle te były hodowlami prątkowemi, a prątki te odpowiadały w zupełności w zachowaniu się postaciowem i barwikowem prątkom w tkance stwierdzonym. Wykazanie tychże samych prątków w hodowli jest bądź co bądź zaznaczenia godnem i nie przemawia przeciw pasorzytniczemu pojmowaniu raka wodnego to, że próby zaszczepienia u zwierząt wypadły ujemnie, gdyż znamy wiele grzybków ludzkich których zwierzętom zaszczepić nie można. Tak samo nie jest sporadyczne występowanie i brak zaraźliwości zgorzeli lica dowodem przemawiającym przeciw przyrodzie prątkowéj choroby, przypomina S. tu tylko obrzęk złośliwy i tężec, o których przyczynie grzybkowéj obecnie zapewnie już nikt nie wątpi. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 26). *Dr. Boschkopf.*

† Dr. Joal, opierając się na 9 przypadkach po części swoich, po części zaś innych autorów, wykazuje, że cierpienie nosa może być odruchowo przyczyną kurczu nerwowego gardziela, który pomimo innych objawów przyrody nerwowéj, wywołuje również czasową niedrożność gardziela. W tych wszystkich przypadkach wyleczeniu choroby nosa towarzyszyło ustąpienie objawów ze strony gardziela i poprawienie się stanu ogólnego. W jednym przypadku wystąpił powrót polipa w nosie a równocześnie z nim i objawy w gardzielu, które ustąpiły po wycięciu powtórnem polipów. (*Wracz*, 1889, Nr. 25). *A. W.*

Farmakologija.

Doc. pryw. Pasternacki: **O zmianach w tętnie i parciu krwi u gorączkujących pod wpływem taliny, antipiryny i antifebryny.**

Autor spostrzegał w 22 przypadkach wpływ powyższych środków na tętno i parcie krwi u chorych na dur brzuszny, posługując się do tego nowszym sfigmomanometrem Bascha i tętnorysem Richardsona. Wyniki, do których przyszedł, są następujące: 1) Działanie taliny, antifebryny i antipiryny na parcie krwi u gorączkujących daje się podzielić na 4 okresy: a) Podnoszenie się parcia krwi w ciągu pierwszych 2 godzin po zażyciu środka; b) podwyższone parcie krwi, trwające w ciągu 3-iéj, 4-téj godziny po zażyciu taliny i aż do końca 6-téj godziny po zażyciu antifebryny i antipiryny; c) stopniowe mniéj lub więcéj szybkie opadanie parcia krwi po talinie do 7-éj—8-éj godziny, po antipirynie i antifebrynie do 10-éj godziny po ich zażyciu; d) stopniowe podnoszenie się parcia krwi do wysokości, jaka była przed zażyciem środków, co przychodzi do skutku po talinie nie wcześniéj niż po 8—16 godzinach, a po antifebr. i antipirynie nie wcześniéj niż po 12—22 godzinach; 2) puls w pierwszym okresie staje się powolniejszym, pełniejszym, trudniéj uciskalnym i mniéj dwubitnym Z większą jeszcze wybitnością występują te zmiany w drugim okresie. Zmiany te (w połączeniu z badaniami pletysmograficznemi prof. Maragliany) dają prawo wywnioskować, że w tych dwu okresach działania powyższych środków czynność serca staje się energiczniejszą, tętnice lepiéj się napełniają, przyspiesza się obieg krwi i zwiększa się przypływ krwi do części obwodowych. W trzecim okresie występuje zwiększenie się częstości tętna, małe napełnienie tętnic i słabo jeszcze zaznaczona dwubitność. Wskazuje to na zmniejszenie energii czynnościowéj serca i zwolnienie krążenia. W okresie zaś czwartym wraca tętno stopniowo do tego stanu, w jakim było przed podaniem środków przeciwgorączkowych. (*Wracz*, 1889, Nr. 23 i 24). *A. W.*

Terapija.

Leczenie błonicy za pomocą kwasu salicylowego. Prof. d'Espine opiera swe leczenie na badaniach bakteryjologicznych, w przebiegu których przekonał się, że prątek Löfflera po 5-cio minutowem stykaniu się z kwasem salicylowym w rozczynie wodnym 1:2000 zniszczonym zostaje. Za pomocą 1%—2% rozczynu skraplano błony rzekome jamy noso-połykowej co godzina lub co dwie godziny. Przez usta skrapiano za pomocą irrygatora lub balonika tak, że silny prąd płynu oblewał błony rzekome; zaś do nosa wlewa łyżeczkami rozczyn przez otwory nosowe. Już kilka godzin tego leczenia wystarczyło do sprowadzenia obniżenia gorączki, a po 2—3 dniach oczyszczało się gardło z błon rzekomych. Wczesne rozpoczęcie tego leczenia jest konieczne i można go w epidemijach zapobiegawczo używać. Nowem tu jest nie lek, lecz zastosowanie znacznych ilości płynu za pomocą skraplacza. (*Cor.-Bl. f. Schw. Aerzt.*, marzec 1889).

† Behrend otrzymywał dobre rezultaty przy stosowaniu 90%-go alkoholu w przebiegu róży i to przeważnie róży często się odnawiającéj. Większość chorych (kobiety) zwracała się do niego w początkowym okresie choroby; zalecano energicznie nacieranie części skóry zajętych i sąsiednich zdrowych alkoholem 90%-tym 2—3 razy dziennie. We wszystkich przypadkach już po 3—5 dniach występował całkowity rozwój wsteczny choroby. W jednym przypadku udało mu się nawet powstrzymać powroty choroby obmywaniem części porażonych alkoholem 2 razy tygodniowo. (*Berlin. klin. Woch.*, Nr. 4).

† Dr. Peters radzi w uporczywych wymiotach u kobiet ciężarnych podawać wewnętrznie chininę w ilości do 0,5 na dawkę. Chinina działa często skutecznie tam, gdzie nie pomogły inne środki lecznicze. Na ciążę nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu. (*The British Medical-Journal*). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Schlange (Berlin): **O niedrożności jelit.**

Doświadczenie, że laparotomija w najcięższych przypadkach *ileus* prawie nigdy nie bywa uwieńczoną pomyślnym wynikiem, z drugiéj strony twierdzenie internistów, że z tego rodzaju chorych wobec leczenia więcéj wyczekującego (makowiec) tylko ⅔ umiera, musi naprowadzić na wniosek, że cięcie brzuszne dla tych przypadków nie powinno więcéj być wskazane. Zewnętrznie przypadki dają ten sam obraz, anatomicznie zaś rozchodzi się albo o rozlane ropne zapal. otrzewny, najczęściéj *Peritonitis perforativa*, lub o rozległe gnilne porażenie jelit z powodu zamknięcia ich przez przeszkodę mechaniczną. Wczesne rozpoznanie zamknięcia jelit z jednéj strony a z drugiéj rozstrzygnięcie pytania, czy już nastąpiło porażenie jelit, mają największe znaczenie dla ograniczenia cięcia brzusznego, które zresztą zawsze zostanie najracyjonalniejszą drogą do usunięcia niedrożności jelit. Znane klasyczne objawy niedrożności jelit rzadko wystarczają do wczesnego rozpoznania. Doświadczenia Nothnagla na zwierzętach i S. na chorym wykazały jako najbliższe następstwo zamknięcia jelit: pierwotne rozdęcie doprowadzającego odcinka jelit i następowe robaczkowe ruchy w nim. Objawy te w różnem nasileniu trwają godziny do tygodni i znikają dopiero z wystą-

pieniem rozległego porażenia jelit. Jak długo wykazać można napięcie jelit, względnie ruch robaczkowy wszystkich wydętych pętli jelitowych, można i trzeba w ogóle wykonać cięcie brzuszne, jeżeli szczególny rodzaj zamknięcia jelit nie wymaga koniecznie założenia przetoki jelitowéj lub odbytu nieprawidłowego. Gdy już wystąpiło porażenie jelit, wskazana jest tylko enterotomija, zabieg sam przez się niebezpieczny, który powinien się wykonywać częściéj i pewniéj niż dotąd i jak to mianowicie interniści sobie życzą. Niejednego chorego umierającego z makowcem możnaby uratować za pomocą enterotomii, która ułatwia, względnie umożliwia odpływ rozłożonéj trującéj treści jelitowéj, jakby obszernemu zapalnemu ropniowi. W końcu wskazuje autor na to, jak obok ruchów jelita także inne czynności jego, mianowicie wydzielanie i pochłanianie ulega zmianie wskutek zamknięcia jelit, powstałego już to nagle, już też przez pogorszenie się przewlekłego cierpienia i jak znajomość tych stosunków może być ważną dla rozpoznania. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25).
Dr. Baschkopf.

† Prof. Hayem podaje następującą cechę rozpoznawczą duru brzusznego w pierwszych dniach choroby. We krwi chorego na dur brzuszny wziętéj na szkiełka mikroskopowe nie można wykazać siatki włóknika, która zawsze istnieje u cierpiących na inne choroby przewodu pokarmowego. Ten sam objaw braku siatki włóknikowéj występuje i we krwi chorych na dur powrotny. (*La France médicale*, 1889, Nr. 1). *A. W.*

Choroby nerwowe.

† Dr. Althaus, który wykonał około 300 zawieszeń sposobem Moczutkowskiego u 29 chorych, wyraża się, że sposób ten ma już stałą podstawę w leczeniu przewlekłych zmian układu nerwowego. Autor, zastrzegając się, że czas jest jeszcze za krótki dla stanowczego osądzenia wyników leczenia jego przypadków, podaje jednak, że w niektórych przypadkach wyniki były świetne, w większéj zaś części dobre i tylko w mniejszéj nie było polepszenia. Dr. Bernhardt, który wykonał 219 zawieszeń u 19 chorych, nie widział przy tem żadnych objawów szkodliwych. Całkowitego wyleczenia nie otrzymał ani razu, ale w większéj ilości przypadków było znaczne polepszenie w ciągu pierwszych tygodni. Drowie Eulenburg i Mendel również stosowali to leczenie w 34 chorych na uwiąd rdzenia pacierzowego. Z téj liczby 5 wyszło z pod obserwacyi, 6 pozostało w tem samym stanie, u 2 wystąpiło polepszenie po 39—60 zawieszeniach. 21 znajduje się w obserwacyi; z pomiędzy nich u 4 jest wybitne polepszenie, u 12 zaś mniéj wybitne. (*Wracz*, 1889, Nr. 26).

† Dr. Paweł Blocq ze względu na coraz większe szerzenie się zawieszania sposobem Moczutkowskiego w chorobach nerwowych zwraca uwagę na przeciwwskazania w stosowaniu tego leczenia. Przedewszystkiem radzi nie dozwalać zawieszania samym chorym albo w ogóle ludziom niedoświadczonym, ponieważ znane są dość często zdarzające się złe skutki. Sam autor spostrzegał 3 przypadki śmierci w tych warunkach.

Właściwe przeciwwskazania są następujące: 1) ogólne osłabienie bez względu na to, czy ono jest skutkiem, czy też powikłaniem choroby nerwowéj; 2) niedokrewność; w obu tych przypadkach niebezpieczeństwo polega na słabéj akcyi serca, które nie mogłoby podołać przeszkodom wytwarzającym się przy zawieszaniu; 3) puchlina i stłuczenie, chociaż i te nie przedstawiają właściwego przeciwwskazania, wymagają atoli w każdym razie szczególnéj uwagi i ostrożności przy stosowaniu wieszania; 4) rozedma płuc i gruźlica; 5) arterioskleroza, przy któréj może pęknąć tętnica pachowa; 6) wszystkie choroby serca i dużych naczyń nawet przy całkowitem zrównoważeniu. Prawdopodobnie przeciwwskazuje się również wieszanie w chorobach nerwowych, połączonych z kurczami i ze skłonnością do zawrotów głowy. Zresztą Moczutkowski twierdzi, że zawrotu głowy można uniknąć, zajmując chorego rozmową; 7) wreszcie należy pamiętać o skłonności niektórych chorych na uwiąd rdzenia pacierzowego do złamań kości. (*Le Bulletin médical*, 9 czerwca).

Chirurgija.

Thoman: **Przyczynek do leczenia przeciwgnilnego przetworami sozojodolu.**

Autor, lekarz pułkowy, przydzielony jako operator do kliniki prof. Alberta, podaje wyniki swych prób z powyższemi przetworami, dokonywanych tamże od połowy marca b. r. Z początku postępował z wielką ostrożnością, nawet nieufnością, jak zwykle przy każdym nowo polecanym środku przeciwgnilnym, stosując przetwory te tylko w lekkich przypadkach zranień lub wrzodów u chorych leczonych ambulatoryjnie. Późniéj stopniowo zaczął ich używać przy opatrywaniu prawie wszystkich chorych przychodnich (ambulansów) a otrzymawszy na tak dużym materyjale pomyślne wyniki, także przy mniejszych operacyjach a wreszcie i przy większych, zwłaszcza kilku amputacyjach. Do prób służyły mu następujące przetwory: *Kalium, Natrium, Zincum i Hydrargyrum sozojodolicum*, których używał w następujący sposób: Połączeń potasowych trudno rozpuszczalnych w proszku z *Talc, Venet aa.* do posypywania, z *Butyrum Cacao* jako czopków lub z *Collodium*. Przeciwnie łatwo rozpuszczalnych połączeń sodu $2\frac{1}{2}\%$ roztworu do odwaniania narzędzi, rąk, oczyszczenia pola operacyjnego, do zlewania rany podczas operacyi lub przy zmianie opatrunku i do napawania gazy odtłuszczonéj. Przy większych operacyjach używał takiejże gazy 10%, oraz poduszek wiórami drzewnemi wypchanych, a $2\frac{1}{2}\%$ roztworem *natr. sozojod.* napojonych. Opatrunek taki pozostawał po amputacyi n. p. przez dni 16, a wygojenie następowało zawsze *per primam* bez najmniejszego odczynu. Gaza w powyższy sposób przyrządzona służyła również do tamponowania. *Zincum* i *Hydrarg. sozojod.* używał przeważnie z wazeliną w postaci maści 5% lub 10%; pierwsza stosowana przy odmrożeniach (zaledwie dwa razy z powodu pory roku), daléj przy oparzeniach, uporczywych wrzodach żylakowych oraz wypryskach dała wyborne wyniki, druga okazała się również skuteczną w przypadkach wrzodów gruźliczych i syfilitycznych. Korzyści, jakie przedstawiają przetwory sozojodolu są następujące:

1) Możliwość używania jednego i tegoż samego środka do wszystkich czynności przed- wśród- i pooperacyjnych jak: odwonienie narzędzi, rąk, pola operacyjnego, skrapianie rany, napawanie opatrunków i t. p., przez co unika się kombinowania nieraz szkodliwego różnych środków przeciwgnilnych przy jednéj i téj saméj operacyi.

2) Bezwonność przetworów.

3) Brak nieprzyjemnych następstw, jakie stosowanie karbolu, jodoformu lub sublimatu u niektórych chorych wywołuje (np. wypryski).

4) Leczenie temi przetworami nie jest droższem, a może nawet i tańszem niż użycie innych środków przeciwgnilnych.

Czy jednak przetwory sozojodolu nie są w stanie wywołać zatrucia, nie może autor kategorycznie twierdzić, gdyż stosunkowo za małą jest liczba większych operacyj, przy których je stosował. Nadto zwraca uwagę i na to, czego jednak łatwo można uniknąć, że przetwory te w wodnym roztworze ulegają po kilku dniach pod wpływem światła dziennego rozkładowi, skutkiem wydzielania się jodu. Z tego wszystkiego widzimy, iż ostatniego słowa wyrzec jeszcze nie można, dopóki więcéj dotyczących doświadczeń nie będzie dokonanych, a że powyższa praca autora do tego zachęca i takowa najzupełniéj usprawiedliwia, nie ulega, zdaniem naszem, najmniejszéj wątpliwości. (*Wien. klin. Wochen.* 1889, Nr. 38). *Dr. Langie.*

Choroby weneryczne.

Saalfeld: **Doniesienia lecznicze z praktyki dermatologicznéj.** Mentol jako 3, 5 do 6 cioprocentowy roztwór wyskokowy działał lepiéj w świerzbiączce, niż roztwory kwasu karbolowego i salicylowego; tak samo wybornie skutkowała maść z mentolu i lanoliny w *Pruritus senilis*. W zadawnionych naciekłych wypryskach działała $12—15\%$ maść mentolowa prawie swoiście. Salolu w postaci maści 5% używał S. z szczególną korzyścią w liszaju zaraźliwym (*impetigo contagiosa*) i w wypryskach z silnem ropieniem. W przypadku figówki pasorzytniczéj (*Sycosis parasitaria*) wyśmienite usługi oddawała następująca maść: *Kali carbon. 1·0, Ol. oliv. 10·0, Zinc. oxyd., Amyli aa 15·0, Salolu 5·0, Siarki 6·0, Lanolina add. 100·0.* Rezorcyna dobrze działała w połączeniu z maścią borową; w przypadkach drażliwéj skóry używał $10—15\%$ maści zamiast smoły. Balsam peruwijański po $20—30\%$ dodany do innych maści n. p. Wilsona okazał się pożytecznym w różnych chorobach skórnych.

Dobrze leczył trądzik plaster rtęciowy; ocet sublimatowy (1:300) okazał się wygodnym i pewnym środkiem przeciw mendeweszkom. (*D. m. Woch.*). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie V. naukowe z dnia 13 kwietnia 1889.

Przewodniczący: Kol. Merczyński. Członków obecnych 29.

1. Kol. Barącz przedstawia najprzód chorego z promienicą ludzką (*actinomycosis*), znanego już z ostatniego posiedzenia, u którego przed 12 dniami wyskrobał i wyciął naciekłe tkanki, a leczenie następowe przeprowadza tamponowaniem gazą jodoformową z rezultatem dotychczas zupełnie zadowalającym. Następnie miał zapowiedziany wykład „o promiennicy ludzkiej i jéj doszczętném leczeniu“, którą to pracę zamierza podać do „Przeglądu Lekarskiego.“

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos najprzód kol. Wehr podnosząc, że promienica ludzka ma trzy główne cechy: *a)* sam grzybek ropienia nie wywołuje — nie jest pyogenicznym; *b)* występuje w formie mniej lub więcej twardego nacieku jakby nowotworowego i *c)* sąsiedne gruczoły chłonne nie są powiększone. W tkankach promienicą dotkniętych przez dostanie się zarazem grzybków pyogenicznych może jednak powstać ropienie (*Mischinfection*). Do organizmu człowieka dostaje się promienica głównie przez przewód pokarmowy i oddechowy, a wedle nowszych spostrzeżeń także i przez skórę. Najłagodniejszą względnie jest forma umiejscowiona w szczęce dolnej, przystępnej dla leczniczych zabiegów operacyjnych; gorszą jest forma szczęki górnej a najgorsza z lokalizacyją w płucach lub brzuchu. — Kol. Seifmann nie zgadza się z zapatrywaniami kol. Barącza, ażeby promienica u człowieka miała pochodzić wyłącznie z zarażenia się od zwierząt. *Actinomyces* należy do grzybków ektogenicznych, tj. takich, które mogą żyć i na zewnątrz organizmu i ma zdolność rozwijania się zarówno w organizmie ludzkim jak i zwierzęcym, dostawszy się w tkanki głównie przez miejsca rozranione błon śluzowych. Słoma jęczmienna jako pasza dla bydła używana kalecząc błonę śluzową jamy ust ułatwia wtargnięcie w nią grzybka promienicy i to nietylko w szczęki ale i w język (*Holzzunge*). U koni promienica jest chorobą bardzo rzadką i dlatego kol. Barącz nie może na pewne szukać źródła infekcyi w tej okoliczności, że przedstawiony chory mieszkał w sąsiedztwie stajen tramwajowych. Co do stosunku grzybów promienicy do naczyń chłonnych kol S. jest zdania, że wprawdzie sam grzybek przez włosowate naczynia chłonne nie przechodzi, ale jego zarodniki przejść mogą. — Kol. Barącz odnośnie do tej ostatniej kwestyi nadmienia, że pewien chirurg niemiecki wykazał, że grzybki promienicy z powodu swéj wielkości naczyniami chłonnemi włosowatemi do gruczołów chłonnych dostać się nie mogą i dlatego zmian promienicowych w nich nie ma. — Kol. Kadyj wreszcie zwraca uwagę, że actinomyces dotychczas jest zagadką i nie jest rzeczą rozstrzygniętą, czy należy do grzybków rozszczepnikowych czy pleśniawkowych. Rozwoju jego nie znamy. Wobec tego nie można mówić o zarodnikach. Naczynia włosowate chłonne mają światło nieco większe niż odpowiedne naczynia krwionośne, zatem stosunkowo większe ciała przez nie niż przez naczynia krwionośne włosowate przejść mogą. Czy grzybki promienicy przez naczynia chłonne włosowate przejść mogą, teoretycznie rozstrzygnąć się nie daje, ale faktem jest, że w gruczołach chłonnych położonych w sąsiedztwie nacieku promienicowego zmian promienicowych nie znaleziono, a jeśli w nacieku tym było ropienie, to trafiały się podobne zmiany zapalne i ropne ale nie promienicowe w gruczołach.

2. Kol. Prus miał zapowiedziany i z demonstracyą odpowiedniego przyrządu połączony odczyt „o leczeniu chorób nerwowych za pomocą metodycznego zawieszania,“ który ma zamiar pomieścić w „Przeglągzie Lekarskim“.

W dyskusyi kol. Schramm wyraża obawę, czy zachwalane dotychczas rezultaty lecznicze téj metody nie okażą się wkrótce podobnie jak przy wielu innych dawniej tak zachwalanych metodach np. naciąganiach nerwu kulsowego w rwie kulszowej za nadto przesadzonemi i wobec tego radzi być ostrożnym w ocenianiu jej skuteczności i nie przywiązywać zbytnich do niej nadziei, żeby później nie doznać przykrego zawodu. Kol. Pisek jest przeciwny rozleglejszemu już obecnie zastosowaniu téj dotychczas jeszcze mało wypróbowanej metody leczniczéj, a do tego skłania go kilka ważnych powodów. W *Berl. klin. Woch.* 1889 Nr. 8. znalazł on opis metody i doniesienie o doświadczeniach Eulenburga i Mendla przedsiębranych od kilku tygodni. Lekarze ci wyznają, że o wynikach leczniczych lub o stanowczych polepszeniach dotąd ze względu na krótkość obserwacyi mowy nie ma — jedynie chwilowo chód staje się lepszym a chorzy mniéj na bóle się skarżą i stanowczo (są słowa autorów) jest rzeczą wskazaną ostrzedz tak lekarzy, jak i publiczność przed przedwczesnemi nadziejami i wygórowanemi oczekiwaniami Stwierdzenie skuteczności pewnéj metody leczniczej we wiądzie jest z tego względu trudne i dłużéj wymaga obserwacyi, że nawet w naturalnym przebiegu tej choroby przychodzą intermisyje i często się zdarza, że tabetyk po zaprzestaniu wszelkiego leczenia czuje się lepiej. Teoretycznie dalej rozumując można przypuścić, że 1) wyleczenie choroby nawet w jéj pierwszych okresach ze względu na zmiany anatomiczne wtedy już istniejące jest niemożliwe i 2) przypisując tak znaczną skuteczność metodzie zawieszania mozna zaniedbać leczenia kiły jako najczęstszej przyczyny uwiądu rdzenia pacierzowego. Wobec tego zatem, że metoda leczenia chorób nerwowych przez zawieszenie nie przeszła jeszcze dotychczas okresu próbnego, sądzi kol. Pisek, że lepiej jest zachowywać się jeszcze wobec niéj konserwatywnie i wyczekiwać, aż obecnie zachwalane rezultaty się sprawdzą. — Kol. Prus w odpowiedzi kol. Piskowi zaznacza, że metoda zawieszania ze względu na teoretyczne tlumaczenie jéj skuteczności i działania pozostawia jeszcze wiele do życzenia i wobec tego nie dziwi go, że konserwatywna szkoła niemiecka obawia się jeszcze polecić ją szerszym kołom — natomiast praktyczniejsza szkoła francuska poznawszy jej skuteczność w praktyce nie uwzględnia braków w teoryi i chce wprowadzić ją w życie. Rzeczywiście w takiej chorobie nieulecznej, jaką jest uwiąd rdzenia pacierzowego, w której dotychczas używane środki nietylko przeciw zmianom anatomicznym ale i przeciw dolegliwym dla chorego objawom bardzo często zupełnie zawodziły — wprowadzenie metody nowej, tak prostéj a skutecznej choćby tylko w chwilowém usuwaniu niektórych objawów, jest wielkiem dobrodziejstwem dla cierpiącéj ludzkości i znacznem wzbogaceniem terapii.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

V. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Daje to możność skoncentrowania wszystkich budynków, pracowni, klinik, instytutów, nie wyłączając ogrodu botanicznego, na jednem miejscu. Przestrzeń ta znajduje się w części miasta najzdrowszéj i najwyżéj leżącéj, zewsząd jest żelazną kratą ogrodzona i przedstawia na tutejsze warunki bardzo piękny, w swoim rodzaju jedyny park, składający się prawie wyłącznie z drzew brzozowych, o ile nie chodzi o ogród botaniczny; pośród tego parku wznosi się sam budynek, lecz tak, że przy podjeździe z ulicy lub od strony rzeki zdaleka się rzuca w oczy. Tylko po bokach drzewa go zasłaniają zupełnie. Główny gmach od strony frontowéj długim jest na 106 sążni, wysokość zaś jego wynosi w środkowéj, najwyższéj części 10 sążni. Główny korpus z obu stron, bo bokach przechodzi w dwa skrzydła, występujące ku stronie przeciwległéj, tak że z odwrotnéj strony Uniwersytet przedstawia coś w rodzaju podkowy. Przyjmując parter za oddzielne piętro, a nie licząc piwnic widzimy w środkowéj części 3 piętra, po bokach 2, a w skrzydłach znów 3. Piwnice są bardzo obszerne, choć niskie, wszędzie sklepione i wszędzie tworzą t. zw. antresolę. Z lewéj strony, na samym końcu mieści się pracownia farmaceutyczno - farmakognostyczna, z dwóch dość obszernych sal złożona. a nadto zoologiczno-zootomiczna pracownia dla przygotowywania szkieletów, wypychania zwierząt i w ogóle czynności, nie wymagających zbyt wiele światła i nic wspólnego z mikroskopem nie mających. Przeznaczono na to 4 pokoje. W części głównéj 3 pokoje sklepionéj antresoli przeznaczone są na archiwum uniwersyteckie i na papiery, mające historyczne znaczenie,

chociaż ani archiwum, ani podobnych dokumentów Uniwersytet jeszcze nie posiada. Reszta pomieszczenia z téj strony pustkami stoi i czeka dalszego przeznaczenia. Wzdłuż całego tego pomieszczenia, zarówno jak i pięter, wyżéj leżących, przechodzi od jednego do drugiego skrzydła bardzo obszerny korytarz, nawiasem mówiąc za szeroki w stosunku do reszty pomieszczenia; z uszczerbkiem korytarza, po którym powozem w 4 konie rzędem na wszystkich piętrach jeździćby można, śmiało mogłyby były być powiększone względnie dość szczupłe sale. W środkowéj części prawéj strony antresoli mieści się obszerna sala, przeznaczona na bufet dla studentów i salę do palenia. Obok się mieści pisuar. Na przeciwległéj stronie korytarza, bliżéj ku części frontowéj, przeznaczono 2 sale, leżące tuż pod biblijoteką główną i połączone z nią krętemi schodami, na introligatornię, którą z czasem zaprowadzi Uniwersytet, na miejsce do otwierania pak z nowootrzymanemi książkami i sortowania tychże, a wreszcie na pomieszczenie na pułkach dubletów. W przyległéj sali, osobne posiadającéj wejście, mieszka jeden ze służących. Nieco opodal osobna sala zajętą jest pod warsztat mechanika Uniwersytetu, którym jest p. Bielozierow, wychowaniec Omskiéj szkoły technicznéj. Na samym końcu prawéj strony antresoli mieści się pracownia chemiczna, składająca się z 2 większych sal i jednego małego pokoiku, komunikujących ze sobą, a nadto z jednego niewielkiego, oddzielnie się w niedalekiem sąsiedztwie mieszczącego pokoju. Jedna z większych i widniejsza sala przeznaczona jest do delikatniejszych badań chemicznych i ilościowego oznaczania, druga, ciemniejsza do zajęć praktycznych ze studentami i do prowadzenia kursu jakościowéj chemicznéj analizy. W łączącym obie sale małym pokoiku odbywać się ma mycie naczyń i wszelka przygotowawcza techniczna robota. Oddzielnie mieszczący się pokoik przeznaczony na pomieszczenie wag oraz opto i fotometrycznych przyrządów. Zarówno dla farmaceutycznéj, jak i dla chemicznéj pracowni pomieszczenie, składające się z niewielkich, bardzo niskich, ciemnych, piwniczną stęchlizną cuchnących, wilgotnych sal, nie jest zgoła odpowiednie. Powinnyby się tu mieścić zwierzęta, do badań fizyjologicznych służące lub składy na wybuchowe materyjały, nigdy jednak pracownie, jak obecnie farmaceutyczna i chemiczna, a w niedalekiéj przyszłości nadto i higieniczna i farmakologiczna, resztę bowiem wolnych sal z prawéj i z lewéj strony na te pracownie przeznaczono. Sama władza uniwersytecka uznaje niestósowność tego pomieszczenia i jak tylko kiedykolwiek będzie w posiadaniu większego funduszu, użyje go bezwątpienia na wzniesienie osobnego gmachu dla pracowni chemicznéj i innych pracowni, z badaniami chemicznemi związek mających. Widne i znacznie obszerniejsze, choć nie imponujące rozmiarami swojemi sale parteru rozdzielone są w ten sposób, że na lewym końcu długiego korytarza, okna którego front gmachu stanowią, dwie z nich piękne i wysokie zajęte są pod muzeum zoologiczne, będące jeszcze niestety w stanie bardzo pierwiastkowym, 3 również dość obszerne, w bliskiem sąsiedztwie znajdujące się sale zawierają w sobie dość obfite, prawie wyłącznie z ofiar pochodzące zbiory mineralogiczne, krystalograficzne, paleontologiczne i petrograficzne. Widzimy tu nawet niektóre nader cenne okazy, jak n. p. zbiór skamieniałości, ofiarowany Uniwersytetowi przez w. księcia Leuchtenbergskiego. W jednéj z tych sal mieści się gabinet i pracownia profesora mineralogii. Opodal, w głównéj części korytarza widzimy najobszerniejsze ze wszystkich uniwersyteckich audytoryjów, urządzone na sposób amfiteatralny i zajmujące dwa piętra. Swoją drogą światła w tem audytoryjum, gdzie pomieścić można do 300 osób. cokolwiek zamało, co tem więcéj da się z czasem uczuć, że oprócz geologii, mineralogii i zoologii ma być na tem miejscu wykładana i doświadczalna fizyjologija. Tu się też odbywają zazwyczaj publiczne wykłady profesorów na cele dobroczynne, jak np. wykłady proff. Maliewa, Zajcewa i Korzyńskiego podczas ubiegłych świąt Bożego Narodzenia i wykłady proff. Dogiela i Zaleskiego podczas świąt Wielkanocy. Ławki pod względem dogodności przedstawiają tu także wiele do życzenia. Na niedogodność ich skarżą się szczególniéj damy, skwapliwie uczęszczające na wykłady publiczne, plecy bowiem nie mają żadnego oparcia i walane bywają przy błocie lub kurzu syberyjskim niezbyt zazwyczaj czystem obuwiem sąsiadów z góry. Obszerne to audytoryjum drzwiami, cokolwiek za wązkiemi, połączone jest z dwiema bardzo pięknemi i widnemi, wysokiemi salami, przeznaczonemi na pracownię fizyjologiczną. Osobnego jednak gabinetu dla siebie profesor nie posiada. Dalsza część korytarza prowadzi do czytelni Uniwersyteckiéj, niezupełnie jeszcze urządzonéj. Do czytelni téj ma mieć z czasem przystęp i inteligentna publika miasta. Przechodząc do prawéj części korytarza, spotykamy na lewo salę posiedzeń rady uniwersyteckiéj i czytelnię profesorską. Jest to obszerny i porządnie umeblowany pokój, z portretem cesarza Aleksandra III. na najwidniejszem miejscu. Inne ściany przyozdobione są wielkich rozmiarów, ozdobnie oprawionemi obrazami, ofiarowanemi Uniwersytetowi i przedstawiającemi włoskie krajobrazy. Pośrodku sali mieści się stół ogromny formy podłużnéj, nakryty suknem zielonem i otoczony około 30 fotelami. W systematycznym porządku rozłożone są na tym stole codzienne pisma rosyjskie oraz fachowe zagraniczne i rosyjskie; 2 obszerne szafy za szkłem, biurko sekretarza i pulpit dopełniają umeblowania tego pokoju. Tuż obok znajduje się osobne pomieszczenie dla kasy uniwersyteckiéj, składające się z niewielkiego pokoju o mocnych, żelaznych, ryglami zaopatrzonych drzwiach i takichże okiennicach. Daléj wzdłuż korytarza ciągną się 2 obszerne, widne i wygodne sale, mieszczące w sobie gabinet fizyczny i komunikujące bezpośrednio z osobnem audytoryjum, przeznaczonem na wykłady fizyki i chemii, lecz niezupełnie jeszcze urządzonem. Gabinet fizyczny bardzo jest jeszcze ubogi i zawiera przedmioty najniezbędniejsze przy wykładzie w szczupłych zarysach. Kosztownych przyrządów brak zupełny. Najszczersze usiłowania profesora fizyki o pozyskanie takowych rozbijają się o brak odpowiednich środków. Gabinet profesora, przedstawiający niewielki, lecz miły i schludny pokoik, mieści się osobno, w najbliższem sąsiedztwie 3 obszerne sale są jeszcze zupełnie niezajęte i czekają dalszego przeznaczenia. Cała część środkowa uniwersyteckiego parteru zajętą jest po części przez przedsionek, zaopatrzony w wieszadła na których każdy student ma swój osobny numer wraz z wypisanem nazwiskiem. W ten sposób, zwłaszcza zimą, łatwa jest ze strony inspekcyi kontrola, o ile studenci do Uniwersytetu uczęszczają, miejsce bowiem nieobecnego studenta nie jest zajęte ani przez czapkę, ani przez szynel. Główną jednak część tego piętra zajmuje biblioteka. Rozpada się ona na 2 oddziały, lekarski i nielekarski, każdy sam w sobie. Lekarski oddział, mieszczący się po stronie prawéj, zawiera w sobie wszystkie dzieła lekarskie w języku rosyjskim i innych, jakie tylko biblijoteka posiada. Nowych wydań nader tu mało, za to starzyzny mnóstwo. Osobne szafy mieszczą w sobie biblijoteki, złożone Uniwersytetowi w darze przez proff. Basowa i Floryńskiego, o czem świadczą oddzielne, u góry pułek zawieszone napisy. W sali téj mieści się nadto kancelaryja biblijoteki. Drugi oddział, nielekarski, o wiele jest piękniejszy i bogatszy. Sala, nań przeznaczona, wielkich jest rozmiarów i tak wysoka, że 2 piętra zajmuje; na górne piętro, urządzone w postaci bardzo gustownéj i dogodnéj galeryi, prowadzą osobne schody. Ściany są przyozdobione portretami wszystkich ministrów oświaty państwa rosyjskiego w chronologicznym porządku. Tu się też mieści na długim stole alfabetyczny katalog biblijoteki, kartkowy, drukowany.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

Wydatki na cele zdrowia publicznego. W r. 1888 wydał fundusz krajowy na cele zdrowia publicznego kwotę 741.314 złr. Kwota ta jest od kwoty w budżecie preliminowanéj większą o 35.755 złr.; od kwoty wydanéj w r. 1887 większą o 36.602 złr., a od kwoty wydanéj w roku 1878 mniejszą o 64.038 złr.

W szczególności wypłacił fundusz krajowy: za leczenie ubogich 733.637 złr.; za szczepienie ospy ochronnéj 56.927 złr.;

za leki podczas epidemij 3.579 złr.; na dotacyję zakładu położnic i za podrzutki 8.188 złr.; razem 802.331 złr. Na to wpłynęło do dochodów fundnszu krajowego: Nadwyżki dochodów: od szpitala w Krakowie 14.298 złr.; od szpitala we Lwowie 6.400 złr.; od zakładu w Kulparkowie 26.349 złr.; zwroty zaliczek: od szpitali prowincyjonalnych 11.782 złr.; od gmin za zaległe koszta leczenia 1.629 złr.; za rachunki aptekarskie 559 złr.; razem 61.017 złr. Po potrąceniu téj kwoty, weszłéj do dochodów, od wypłaconych 802.331 złr., pozostaje rzeczywisty wydatek w kwocie 741.314 złr. a. w.

Ruch chorych i wydatki. Wszystkie nasze zakłady lecznicze miały w roku 1888 do dyspozycyi 3 734 łóżek, to jest o 68 łóżek więcéj niż w roku poprzedzającym. Tłumaczy się to większym napływem chorych do szpitali we Lwowie i w Krakowie, tudzież umieszczeniem szpitala rzeszowskiego w nowym budynku. Chorych pielęgnowano 40.831 t. j. o 788 więcéj, aniżeli w roku 1887, nie licząc 995 dzieci, zrodzonych w zakładach położnic; dni leczenia było 1,149.385 t. j. o 50.836 więcéj. Procent uzdrowionych wynosił w ogóle 72·6, procent zmarłych 9·1. Cała kuracyja chorego trwała średnio w szpitalach powszechnych 23·3 dnia, w zakładach dla położnic 22·5 dnia, w zakładach dla obłąkanych 165·6 dnia, w szpitalach dla dzieci 29·7 dnia, a przeciętnie we wszystkich 28·1 dnia. Wydatki wynosiły w zakładach leczniczych, z pominięciem szpitali dla dzieci, kwotę 724·045 złr.; z téj przypada na szpitale powszechne 514.961 złr., na zakłady położnic 34·750 złr.; na zakłady dla obłąkanych 174.334 złr. Oprócz tego subwencyjonuje fundusz krajowy szpitale dla dzieci we Lwowie i w Krakowie roczną kwotę 24.000 złr. Cała kuracyja chorego kosztowała w szpitalach 14 złr. 14 ct., położnicy 26 złr. 81 ct. a obłąkanego 133 złr. 79 ct. Utrzymanie dzienne chorego kosztowało średnio 60·57 centa, położnicy 1 złr. 19 ct., obłąkanego 80·77 centa. Żywność wraz z winem i pieczywem kosztowała na dzień i chorego średnio w szpitalach 19·8 centa, w zakładzie położnic we Lwowie 24·9 ct., w Krakowie 38·3 ct., w zakładach dla obłąkanych 28·3 ct. Leki wraz z potrzebami sanitarnemi kosztowały w szpitalach 4·8 centa, w zakładzie dla położnic we Lwowie 8·7 centa, w Krakowie 5·5 centa, w zakładzie dla obłąkanych 2·7 ct. W porównaniu z rokiem 1887 podniósł się odsetek wyzdrowiałych o 3·62, wynosił bowiem 72·61 na sto, zaś śmiertelność zmniejszyła się nieznacznie, bo o 0·21 i wynosiła 9·13 na sto. Pobyt średni chorego w zakładach wynosił 28·1 dnia, był więc dłuższy o 0·7 dnia niż w roku 1887.

Ruch podrzutków i koszta ich utrzymania. Wr. 1888 wypłacił fundusz krajowy za utrzymanie 260 podrzutków kwotę 13.535 złr. 95 ct., a mianowicie: za 13 dzieci we Lwowie 292 złr. 42 ct.; za 51 dzieci w Krakowie 1.731 złr. 60 ct; za 198 dzieci we Wiedniu 10.886 złr. 84 ct.; za 5 dzieci w Pradze 625 złr. 09 ct.; razem za 267 dzieci 13.535 złr. 95 ct.

Porównanie wydatków administracyjnych w naszych zakładach krajowych. Właściwe utrzymanie chorego było, jak zawsze, tak i w roku 1888, najtańszem w szpitalu lwowskim, wynosiło bowiem 68·27 centa na dzień, kiedy w zakładzie kulparkowskim wynosiło 74·62 centa, a w szpitalu krakowskim 80·85 centa. Samo żywienie kosztowało na dzień chorego we Lwowie 24·34 ct., w Krakowie 27·77 ct. a w Kulparkowie 28·43 centa. W porównaniu z rokiem 1887 były koszta administracyjne w lwowskim szpitalu w roku 1888 mniejsze o 1·4 centa, a w szpitalu krakowskim większe o 0·8 centa, w zakładzie kulparkowskim większe o 2·7 centa. Żywność była we Lwowie tańszą o 0·89 centa, w Krakowie tańsza o 0·24 ct. a w Kulparkowie droższą o 1·72 centa.

Petycyja gości kąpielowych w Zakopanem. Z powodu petycyi gości kąpielowych w Zakopanem o poprawę tamtejszych stosunków zdrowotnych, wniesionéj do Wysokiego Sejmu w roku 1888, którąśmy odstąpili c. k. Namiestnictwu, oznajmiło nam c. k. Namiestnictwo, że została otwartą tam z d. 1 stycznia b. r. apteka, że mianowanym został komisarz rządowy dla stacyi klimatycznéj w Zakopanem, że Wydział gospodarczy stacyi wyznaczywszy stałą płacę dla lekarza stacyi spowodował osiedlenie się w Zakopanem lekarza, że lekarz stacyi z komisarzem rządowym i naczelnikiem gminy odbyli dwukrotną rewizyję pomieszkań i kilkakrotne badanie wiktuałów, nabiału, owoców i t. d. dla usunięcia wszelkich usterek w tym względzie. Ponieważ nie wszyscy mieszkańcy zastosowali się do poleceń tych osób, c. k. starosta polecił: 1) przekształcenie pomieszkań i urządzenie latryn, 2) poczynił rozporządzenia w celu przeniesienia cmentarza poza obręb zabudowań i wybudowanie nowéj trupiarni, 3) zarządził przeniesienie jatek w odpowiedniejsze miejsce, 4) przeprowadził ułożenie taksy dla zakładów leczniczych i łazienek, 5) uzupełnił i zatwierdził instrukcyję dla lekarza stacyi klimatycznéj, oraz dla utrzymania porządku w rzeźni. Oprócz tego w ostatnim czasie zmieniono statut stacyi klimatycznéj, przez co tak interesa gości odwiedzających Zakopane, jako też Towarzystwa Tatrzańskiego słusznego doznały uwzględnienia.

Płace lekarzy w szpitalach na prowincyi: W sprawie petycyi lekarzy szpitali prowincyjonalnych, wniesionéj do Wysokiego Sejmu w r. 1888 L. s. 142 p. 104 o uregulowanie stanowiska i o stósowniejszy wymiar płacy, powziął Wysoki Sejm uchwalę, aby Wydział krajowy skłonił Rady gminne miast, w których się szpitale powszechne znajdują, do wyznaczenia z funduszów gminnych lekarzom szpitalnym płacy stosowniejszéj i odpowiedniéj liczbie leczonych chorych. Spełniając uchwałę Wysokiego Sejmu wezwaliśmy wszystkie wspomniane Zwierzchności gminne, ażeby sprawę będącą przedmiotem powyższéj uchwały, postawiły na porządku dziennym najbliższego posiedzenia Rady gminnéj, a o powziętych uchwałach doniosły nam jak najprędzéj. Gminy jednogłośnie odpowiedziały, że są zanadto ubogie, aby spełnić życzenie Wysokiego Sejmu i przez wyznaczenie z funduszów gminnych dodatku do płacy lekarzy, pracujących w szpitalach powszechnych, polepszyć ich byt. Od chwili objęcia z rąk rządu szpitali powszechnych w swój zarząd Wydział krajowy miał ciągle na oku położenie lekarzy i w miarę powiększenia się ich pracy, podwyższał płacę tam, gdzie to pozwalały oszczędności w gospodarstwie i administracyi bez podwyższenia taksy. Tym sposobem w miarę uporządkowania szpitali wszyscy lekarze, bez wyjątku, otrzymali pewne, aczkolwiek bardzo skromne podwyższenie płacy w porównaniu z tem, ile pobierali poprzednio. Jednak ponieważ i teraz płace te są jeszcze bardzo szczupłe w porównaniu z płacą lekarzy w zakładach krajowych, w porównaniu z płacą lekarzy w szpitalach prowincyjonalnych w innych krajach koronnych i z tym zakresem czynności, jaki się wymaga od lekarzy w szpitalach powszechnych na prowincyi, postanowiliśmy w miarę uproszczenia administracyi i osiągania większych oszczędności w gospodarstwie stopniowo, bez szczególnych ofiar i bez podwyższenia taksy polepszać byt lekarzy; ilość bowiem chorych w miarę wzrostu ludności zwiększa się, a zwiększenie się ilości dni leczenia przysparza więcéj dochodów szpitalom. W płacach lekarzy w szpitalach prowincyjonalnych ustanowiliśmy pewne stopniowanie, stósownie do pracy, jaką każdy ma w zakładzie przez siebie kierowanym, a mianowicie: W szpitalach wykazujących 15 tysięcy dni leczenia, a zatem do 40 chorych pielęgnowanych dziennie, wyznaczyć lekarzowi ordynującemu 500 złr. rocznie, a lekarzowi pomocniczemu od 250 złr. do 300 złr., czy tym pomocnikiem będzie chirurg czy dyplomowany doktor medycyny i chirurgii. W szpitalach od 15—25 tysięcy dni leczenia i o 60 chorych dziennie 600 złr., pomocnikowi 300 złr. W szpitalach od 25—35 tysięcy dni leczenia i o 90 chorych dziennie 700 złr., pomocnikowi 350 złr. W szpitalach wyżéj 35 tysięcy dni leczenia i o 100 chorych dziennie 800—900 złr., pomocnikowi 400 złr.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 3 października. We wtorek d. 8 b. m. odbędzie się uroczyste otwarcie roku szkolnego w Uniw. Jagiell. Po nabożeństwie o godz. 9 w kościele św. Anny odbyć się mającem, ustępujący rektor zda sprawę w auli uniw. z roku ubiegłego, poczem rektor tegoroczny prof. Korczyński obejmie urzędowanie i wygłosi odczyt p. t.: „Ogólne prawidła ustroju człowieka w stanie zdrowia i choroby, objaśnione przykładami z zakresu fizyjologii i patologii krwi.“

* W programie uroczystości otwarcia kliniki chirurgicznéj zaszła zmiana taka, że odpada raut, który przez profesorów Uniwersytetu miał być urządzony na cześć p. Ministra Oświecenia, a to z powodu, że p. Minister bezpośrednio po uroczystości wyjeżdża z p. Namiestnikiem do Zakopanego celem zwiedzenia tamecznych zakładów.

* Dalsze wykłady na Zjazd chirurgów zapowiedzieli:

32. Dr. Jasiński (Z Warszawy). Leczenie ropni gruźliczych metodą Mikulicza.

33. O wynikach stosowania balsamu peruwijańskiego przy leczeniu gruźlicy tkanek dostępnych (skóra, kości, stawy).

34. O resekcyi gałęzi zewnętrznéj nerwu przydatkowego Willisa.

35. O rhichanotrepanacyi Stollowskiéj.

36. O skolijozach neuropatycznych.

37. Dr. Browicz (z Krakowa). O zmianach chorobowych w *tonsilla tertia* (demonstracyja).

* **Uwaga**. Z powodu doszłego nas zapytania oświadczamy, że członkowie Zjazdu nie mają cen zniżonych na żadnéj kolei.

* Fizyk m. Krakowa, Dr. Buszek, otrzymał od p. Ministra Oświecenia podziękowanie i uznanie za skuteczne pełnienie obowiązków zastępcy profesora weterynaryi przez 12 półroczy.

* Kol. Dr. Józef Ulanowski w Lublinie nadesłał 2 ruble na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach.

* Dr. Albin Kazimierz Schwarz, asystent przy klinice chorób skórnych i wenerycznych U. J., objął czynności lekarza policyjnego w Krakowie.

* W Nrze 26-ym i 27-ym *Przeglądu Lekarskiego* z roku bież. zastanawiając się nad przedłożonym Radzie państwa projektem nowéj ustawy karnéj austryjackiéj, o ile ona obchodzi nie tylko lekarzy sądowych, ale stan lekarski w ogólności, zwróciwszy uwagę na kilka przepisów ustawy, dla lekarzy uciążliwych, a krzywdzących stan nasz, wyraziliśmy zdanie, że byłoby na czasie, aby grona lekarskie, dopóki jeszcze czas, wystąpiły w obronie stanu, wystosowując petycyję do Rady państwa przeciw brzmieniu owych paragrafów. Obecnie, gdy minęły wakacyje, a wracamy wszyscy do swych zajęć, uważamy za obowiązek przypomnieć sprawę tę naszym Towarzystwom lekarskim, tem bardziéj, że już stowarzyszenia lekarskie niemieckie uchwaliły wniesienie podobnych petycyj (*Wiener mediz. Presse* Nr. 39), a inne zapewne pójdą za ich przykładem. Nie powtarzamy uwag podanych w powyżéj przytoczonych numerach naszego tygodnika, w nadziei, że Tow. lekarzy galicyjskich, jako też Tow. lekarskie krakowskie zechcą rychło wziąść pod dojrzałą swą rozwagę kwestyję tę tak ważną dla wszystkich lekarzy.

* Rezulat dotychczasowy egzaminów fizykackich w Austryi. Od czasu wprowadzenia tych egzaminów, t. j. od roku 1873 zgłosiło się 508 lekarzy i 380 weterynarzy. Z 508 lekarzy przystąpiło do egzaminu we Wiedniu 161, w Krakowie 122, w Gracu 94, w Pradze 87, a w Insbrucku 44. Z liczby 508 złożyło egzamin celująco w Wiedniu 23 (14%), w Krakowie 27 (22%), w Gracu 20 (21%), w Pradze 24 (27%), w Insbruku 24 (54%); przepadło we Wiedniu 21 (13%), w Krakowie 9 (7·4%), w Gracu 6 (6·4%), w Pradze 7 (8%), w Insbrucku 2 (4·5%). Ogółem złożyło dotąd egzamin fizykacki 458 lekarzy. (*D. österr. Sanit.* 1889, Nr. 39).

† **Rosyja**. Nagrodę za najlepszą pracę umieszczoną w wydawnictwach kaukazkiego Tow. lekar. uzyskał Dr. Sacharow za swoje „badania nad pasorzytem gorączkę wywołującym“ i za artykuł „o podobieństwie morfologicznem pasorzytów duru powrotnego i zimnicy“.

Ministerstwo oświaty udzieliło uniwersytetowi kazańskiemu 100,000 rubli w tym roku na 1) przebudowanie biblijoteki i pracowni chemicznéj; 2) na ostateczne wykończenie nowego gmachu uniwersyteckiego i 3) na rozszerzenie gabinetu fizyjologicznego.

† **Ameryka**. W Nowym-Yorku jest 27 szpitali prywatnych, na utrzymanie których wydaje się rocznie 765,000 dolarów. Z tych 440,000 pochodzą z ofiar prywatnych. Rozchód na 8 szpitali do miasta należących wynosi 440,000 dolarów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Dorpat**. W ciągu ubiegłego roku szkolnego zaszły w wydziale lekars. następujące zmiany: Dr. Barfurth powołany został na katedrę anatomii porównawczéj; docent chirurgii Dr. Koch zrzekł się docentury, a natomiast habilitował się jako docent chirurgii Dr. Werner Zoege v. Manteuffel; docent med. wewnętrznéj, dermat. i syfilidologii. Dr. Teodor Openchowski przeniósł się do Petersburga jako docent w instytucie klinicznym W. X. Heleny Pawłownéj. **Petersburg**. Dr. Hołyniec wybrany został docentem statystyki i geografii lekarskiéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Frage über die Entstehung d. typh. Pneumonie. (Obitka z *Fortschr. d. Med.* 1889) in 8-vo str. 6.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Wiadom. Lek.* z. 14: Pawlikowskiego: Choroby zakaźne we Lwowie (c. d.); Piska: O nerwowéj niemocy serca; Séea: Terapija chorób serca (c. d.).—W *Gazecie Lek.* Nr. 38: Elsenberga: Przymiot i gruźlica; Wróblewskiego: Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardziela (c. d.)—W *Medycynie* Nr. 38: Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek za pomocą „fizyjolog.“ metody badania.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

ARCO

Zakład leczniczy zimowy dla chorób płucnych i nerwowych

(Tyrol południowy)

Stacya kolejowa Mori.

Dr. H. Wollensack

praktykuje także w tym sezonie od 15 października jako lekarz zakładowy i kierownik (urządzenie najnowsze dla kąpieli błotnych i inhalacyj szpilkowych w osobnych gabinetach, stacyja hydriatyczna etc.), a także udziela najchętniéj wszelkich wiadomości dotyczących Zakładu. (Ma. 19402). 110--6-1

TABLETKI Z WYCIĄGIEM KASKARY

7—52—40

wyrobu **Konstantego Wiszniewskiego**, aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

ODCZYTY KLINICZNE

wydawane przez

Redakcyję Gazety Lekarskiej w Warszawie

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 ark. druku.

Dotychczas wyszły:

1. **Heubner**, Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.
2. **Struempell**, Nerwice pochodzenia traumatycznego.
3. i 4. **Loewenfeld**, Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi.
5. **Dührssen**, O pomocy akuszeryjnej w przypadkach zwężeń miednicy. / **Schauta**, O leczeniu tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy.
6. **Herz**, Gruźlica płuc u dzieci.
7. **Sattler**, O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. **Krówczyński**, Leczenie trypra ostrego i przewlekłego.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Oertel, Mechaniczne i dyjetetyczne leczenie chorób serca.
Matlakowski, Tegoczesny sposób operowania raka sutki.

Cena pojedynczego zeszytu kop. 30 (37 kr.) Nadsyłający z góry pieniądze za 12 zeszytów płaci tylko Rs. 3 (3 fl, 70 kr.)

Nabywać można w **Administracyi Gazety Lekarskiej** (Marszałk. 119) i we wszystkich księgarniach. 111—2—1

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości Wielmożnych PP. lekarzy i przyrodników, że najnowsze moje katalogi:

Nr. XIII w języku niemieckim
Nr. XIV w języku włoskim
Nr. XV w języku francuskim i angielskim

MIKROSKOPÓW

Mikrotomów, Haemometru podług prof. Fleischla, jakoteż **nowych apochromotycznych soczewek** tylko co wyszły z druku i na żądanie będą wysyłane franco i bezpłatnie.

23—12—8 **C. Reichert**

fabrykant mikroskopów, Wiedeń VIII Bennogasse 26.

ZGĘSZCZONY WYCIĄG SŁODOWY

towar najstaranniéj przygotowany w c. k. gospodarsko-chem. stacyi we Wiedniu chemicznie rozebrany i jako „znakomity" uznany, rozseła w blaszanych butlach, zawierających po 4½ Kgr. netto, po cenie **60** kr. za 1 kgr. pierwszy austryjacki browar wyciągu słodowego 78—21—11

Braci Bittmann w Raase na Śląsku.

KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH

otworzyła dla dogodności swych łaskawych P. T. Odbiorców, **z dniem 1 października r. b. skład**

w Krakowie, ulica Floryjańska, 47.

Obejmować on będzie wszelkie opatrunki antyseptyczne i artykuły chirurgiczne, po cenach zniżonych, podanych w rozsyłanym nowym cenniku. — O szacowne względy i nadal uprasza z dziękczynieniem za doznane. Sługa 109—4—2

M. L. Dobrowolski.

NB. Fabryka i magazyn pozostają w Nowej-Wsi (przy Krakowie). Wszelkie korespondencyje proszę adresować: *Kraków, Floryjańska, 47.*

PIWO SŁODOWE

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego

aptekarza w Krakowie, polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 24 Kwietnia 1889 L. 338. 69—34—22

Sposób użycia: Dorosłe osoby używać mogą przed południem przed wieczorem oraz idąc na spoczynek Cena flaszki **36** cnt.

PIERWSZA DROGUERYA

Jakóba Wiśniewskiego, magistra farmacyi

w Krakowie, ulica Stradom

poleca

po cenach fabrycznych.

Wszelkie towary apteczne, środki uniwersalne, bandaże, aparaty instrumenta, opatrunki chirurgiczne, oraz skład wód mineralnych. — Wszelkie zamówienia uskuteczniają się odwrotną pocztą. — Próbki ceny na żądanie bezpłatnie i frco. 34—40—28

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najczystsza alkaliczna SZCZAWA

Szczególnie wypróbowana w chorobach narządu oddechowego i trawienia, w dnie, w nieżycie żołądka i pęcherza, środek swoisty w chorobach dzieci.

Jako leczenie poprzedzające lub następowe po Karlsbadzie.

MATTONIEGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA
ŁUG BOROWINOWY

Wygodne środki do przyrządzania KĄPIELI BOROWINOWYCH i ŻELAZISTYCH w DOMU

Od dawna wypróbowane

w Metritis, Oophoritis, Peritonitis, Blednicy, Zołzach, Krzywicy, Upławach białych, Usposobieniu do poronień, Porażeniach całkowitych i połowiczych, Niedokrewności, Gośćcu, Dnie, Ischias i Krwawnicach.

MATTONIEGO

WODA GORZKA z BUDA-PESZTU

wyborny środek ***PRZECZYSZCZAJĄCY.***

ROZSEŁKI wszelkich naturalnych WÓD MINERALNYCH i produktów źródlanych dokonywa

HENRYK MATTONI

FRANCENSBAD, — WIEDEŃ, — KARLSBAD.

MATTONI i WILLE w BUDAPESZCIE.

1—52—40

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 12 Października 1889. Nr. 41.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Rydygiera w Krakowie.

Szereg przypadków operowanych według metody autoplastycznéj Maasa.

Skreślił
Dr. Aleks. Bossowski
Docent chirurgii i I. asystent kliniki chirurg.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40)

IV. G. M., lat 32, żona kupca z Baligrodu, dostarczyła dalszéj sposobności do zastósowania autoplastyki, z powodu rozległéj blizny pięści i przedramienia z oparzenia wynikłéj.

Chora podaje, że przed 9 miesiącami doznała oparzenia po oblaniu rąk naftą płonącą, skutkiem czego powstały owrzodzenia rozległe, zwłaszcza na pięści i przedramieniu prawem, które zwolna się gojąc, sprowadziły zbliznowacenie z upośledzeniem ruchów ręki prawéj i palców téjże. Z powodu ponawiającego się uporczywie rozpadu blizn i zupełnego zesztywnienia ręki, miano nakłaniać nawet chorą do zezwolenia na odjęcie kończyny w przedramieniu, na co jednak zgodzić się nie chciała i zwróciła się o pomoc do kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

Stan choréj w dniu przyjęcia d. 9 maja 1889 r. następujący: na przedramieniu prawem blizna sięgająca po stronie grzbietowéj do wysokości $^1/_3$ części górnéj przedramienia, po stronie przedniéj zaś zajmuje nieco więcéj niż $^1/_2$ długości tegoż ku dołowi; blizna przechodzi przez staw nadgarstka na rękę i tu zarówno na grzbiecie, jako też na dłoni, zajmując skórę, rozciąga się aż na palce. W górnych swych odcinkach na przedramieniu blizna powierzchowna cienka i blada, w dolnéj części przedramienia w okolicy stawu sięga znacznie głębiéj i tworzy grube, zbite pokłady, a przechodząc z nadgarstka na śródręcze i palce, znowu cieńczeje. W okolicy stawu nadgarstkowego znachodzi się wśród blizny wrzód okrężny, obejmujący cały niemal obwód przedramienia na szerokość 2 palców poprzecznie ułożonych, o dnie wiotką, bladą ziarniną pokrytem i brzegach nierównych, bliznowatych. Ruchy czynne ręki i palców ustalonych w położeniu wyprostnem zupełnie zniesione, ruchy bierne w bardzo ograniczonym zakresie możebne. Na kończynie górnéj lewéj blizna powierzchowna, cienka i blada, zajmuje na dość znacznéj przestrzeni przednią i sprychową stronę przedramienia. Okolica stawu ręki, pięść i palce téj kończyny wolne od blizny, a ruchy tych części zupełnie prawidłowe.

D. 10 maja b. r. przystąpiłem do zabiegu plastycznego. Po dokładnem oczyszczeniu i odkażeniu ręki i przedramienia prawego wyskrobano ostrą łyżeczką dno wrzodu, poczem wycięto grube pokłady blizny powyżéj i poniżéj stawu nadgarstkowego tak, że powstał ubytek, zajmujący cały obwód kończyny w okolicy stawu pięści i dochodzący długością swą około 10 cm. na grzbietowéj i dłoniowéj stronie. Tamując obfity krwotok w części przez podwiązanie naczyń, w części przez ucisk tamponem z gazy, wykrojono równocześnie z oczyszczonéj skóry brzucha po lewéj stronie, za pomocą dwóch równoległych cięć długich przeszło 20 cm., odległych zaś od siebie na 22 cm., płat tak, że po oddzieleniu skóry od podstawy, pozostawał on na górnym i dolnym końcu w związku z skórą brzucha, odżywiany w ten sposób za pomocą dwóch szypułek. Ubytek wytworzony w powłokach brzucha zmniejszono, łącząc pod uniesionym ku górze płatem środkową część rany aż w pobliże obu szypułek szwem węzełkowym z jedwabiu i osłoniwszy liniję szwu gazą jodoformową, przeciągnięto teraz po pod płat brzuszny rękę tak, że środek długości płatu spoczął ranną powierzchnią na grzbietowéj stronie ubytku kończyny górnéj. W tem położeniu utrzymując rękę i przedramię nieruchomo, zespojono teraz kilkunastu szwami węzełkowemi z jedwabiu płat brzuszny z podminowanemi po stronie grzbietowéj za pomocą podważki brzegami ubytku kończyny górnéj.

Szypułki obie płatu brzusznego i niezespojoną część rany brzusznéj osłonięto gazą, powleczoną maścią borową, zakładając zresztą na całą okolicę rany opatrunek z gazy jodoformowéj i waty drzewnéj sublimatowéj. Do ustalenia kończyny górnéj na brzuchu w pobliżu przeszczepionego płatu użyto jak w poprzednich przypadkach opatrunku z poduszek i wałków z waty drzewnéj, przyciągając takowe zwojami opaski miękkiéj i nakrochmalonéj, okrążającemi brzuch i klatkę piersiową.

D. 20 maja b. r., t. j. w dni 10 po wykonaniu pierwszego aktu plastyki, zmieniono trwale leżący dotąd opatrunek i gdy płat przeszczepiony w miejscu połączenia go z ubytkiem dokładnie przyrośniętym się okazał, przecięto obie szypułki w zupełności, poczem, dla lepszego przystósowania płatu, usunięto większą część jego grubego pokładu tłuszczowego i po obranieniu zarówno brzegów płatu, jako

też ubytku, zespojono je obecnie w pozostałéj reszcie obwodu kończyny, posługując się szwem węzełkowym z jedwabiu. Od strony dłoniowéj przedramienia, dla uchronienia płatu od znaczniejszego napięcia, po złączeniu w linii środkowej przedramienia obu jego krótkich boków, mała górna część ubytku na przestrzeni około 2 cm. kw. nie została pokrytą skórą. Po opatrzeniu antiseptycznem rannéj powierzchni na kończynie górnéj zespojono szwem całkowicie ranę powlok brzusznych w częściach dotąd niepołączonych i pokryto opatrunkiem z gazy i waty sublimatowéj. Dn. 30 maja b r. przy powtórnéj zmianie opatrunku u choréj, która w d. 22 maja opuściła klinikę, aby daléj leczyć się ambulatoryjnie, znaleziono płat należycie przyrośnięty do dna ubytku i prócz nieznacznych przerw w ropiejących kanałach szwowych zrośnięty z brzegami ubytku. W linii środkowéj przedramienia, gdzie złączono szwem krótkie boki przeszczepionego płatu, przyszło do obumarcia przybrzeżnych części tychże na ograniczonéj przestrzeni, które zwolna się oddzielały. Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost. Szwy wydalono tak z rany brzusznéj, jako też z płatu przeszczepionego na kończynę, a małą powierzchnię ranną granulującą na przedramieniu osłonięto maścią lapisową, pod wpływem któréj nastąpiło też zwolna jej zabliźnienie.

Z początkiem czerwca b. r. rozpoczęto ruchy bierne w stawach pięści i palców, mięsienie, jako też kąpiele ciepłe i w przeciągu kilku tygodni uzyskano taką poprawę w ruchomości pięści i palców, że chora w znacznym zakresie ruchy czynne wykonywać jest w stanie. Płat przeszczepiony otacza jak obrączka kończynę w okolicy stawu nadgarstkowego i lubo ścieńczał już dotychczas wybitnie, wywołuje jednak przygrubienie kończyny w miejscu transplantacyi o 7½ cm. Pomiary płatu, w połowie lipca b. r. dokonane, wynoszą po stronie grzbietowéj w linii środkowéj 10 cm. długości, na stronie dłoniowéj w pośrodku 8 cm.; na brzegu łokciowym przedramienia 9 cm., na brzegu sprychowym 7·5 cm. Badanie czucia wykazuje stopniową poprawę, z wyraźną jednak dotąd różnicą w porównaniu z tą samą okolicą kończyny drugiéj, na niekorzyść miejsca plastycznie pokrytego.

W opisanym przypadku posłużyła do przeszczepienia płatu odmiana metody autoplastycznéj, podana przez Hackera[1]), zasadzająca się na wykrojeniu płatu o 2 szypułkach, który na wzór podpaski (*mitella*) podtrzymuje podsunięte podeń części ciała, przeznaczone do plastycznego pokrycia. Tam, gdzie zachodzi potrzeba długich a wąskich płatów, lub jak w przypadku naszym płat przeniesiony jeszcze w granicach skóry bliznowatéj, z przyczyny zbytniéj rozległości blizny, wypadnie umocować, modyfikacyja Hackera korzystne oddaje usługi, bo, jak z jednéj strony zapewnia należyte odżywienie płatu, tak z drugiéj przez ścisłe i nieruchome zespolenie powierzchni rannych pod wpływem ucisku, który płat, dobrze z dwóch boków ustalony i gładko spoczywający na podsuniętym pod nim członku, na dno ubytku wywiera, uzyskać bez trudności się uda dokładne przyrośnięcie płatu, nawet w tych razach, gdy brzegi ubytku bliznowate nie dają rękojmi bezpośredniego zrostu z brzegiem przeszczepionego płatu.

Hacker w przypadku przez siebie opisanym przeciął zwolna po kawałku szypułki płatu w odstępach kilkudniowych tak, że po 12 dniach płat w zupełności został oddzielony; u choréj naszéj w 10-tym dniu przecięto od razu obie szypułki w całéj ich rozciągłości i stąd nie zauważyliśmy żadnéj szkody dla przyrośnięcia płatu, odnosząc ograniczone obumarcie przybrzeżnych części szypułek zespojonych szwem na dłoniowéj stronie ubytku raczéj na karb znaczniejszego napięcia, którego nieco przykrótki płat doznał po okoleniu całego obwodu kończyny górnéj.

W V. przypadku użyłem metody autoplastycznéj, zastosowanéj według prawideł Maasa, w celu wyrównania ubytku na przedramieniu prawem, sprawionego przez wycięcie wrzodu rakowatego.

T. S. l. 60 licząca, z Wielkiéj wsi, okazuje na przedramieniu lewem rozległe owrzodzenie, które zajmuje ⅔ długości przedramienia po stronie grzbietowéj i przekraczając brzeg sprychowy i łokciowy tegoż, rozciąga się aż w okolicę stawu nadgarstkowego ręki. Brzegi wrzodu wyniosłe i twarde, dno szczelinowate, o wybujałościach drobnych, brodawkowych, i większych, guzkowatych, nie przedstawiały wątpliwości co do natury owrzodzenia. Na przedramieniu prawem, niemal w połowie jego wysokości, znachodzi się wrzód o podobnym charakterze, zajmujący przestrzeń odpowiednią, co do długości średnicy jaja kurzego, kształtu eliptycznego, który przechodzi od strony grzbietowéj na brzeg sprychowy przedramienia. Ruchy czynne pięści lewéj i palców znacznie utrudnione, ruchy bierne bardzo bolesne. Ruchy kończyny górnéj prawéj w całéj jéj długości prawidłowe. Na policzku lewym, tuż poniżéj powieki dolnéj oka lewego, znajduje się owrzodzenie wielkości fasoli, pokryte strupkiem, po zdjęciu którego widać dno nierówne, brodaweczkowate i brzegi ostre, zbite, wyniosłe. Podobne owrzodzenie nieco mniejsze wielkości grochu napotyka się na szczycie brody. Badanie anatomo-histologiczne w zakładzie Wgo prof. Browicza przeprowadzone potwierdziło rozpoznanie kliniczne, odkrywając w owrzodzeniach cechy raka skórnego.

Gdy w czasie zabiegu operacyjnego na przedramieniu lewem stwierdzono, że wrzód nowotworowy zajmując wszystkie części miękkie od strony grzbietowéj, drążył w głąb aż na kości przedramienia, przystąpiono do odjęcia kończyny w górnéj połowie przedramienia, rozstawszy się z myślą doszczętnego usunięcia nowotworu przez wycięcie go i zastąpienie ubytku na drodze plastycznéj. Natomiast na przedramieniu prawem, gdzie wrzód rakowaty nie przekraczał granic skóry, wycięto takowy, odstępując na 1½ cm. od brzegu w skórę zdrową i oddalono powięź, odsłaniającą mięśnie przedramienia. Wytworzony ubytek na przedramieniu prawem długi na 9 cm., szeroki na 8 cm. postanowiono pokryć autoplastycznie płatem świeżym uszypułkowanym, a przeniesionym z dalszéj okolicy ciała. W tym celu wykrojono ze skóry brzucha w lewéj połowie jego płat długi na 14 cm., szeroki na 10 cm. z szypułką ku górze poniżéj łuku żebrowego lewego, a po oddzieleniu go od powięzi brzusznéj i pozbawieniu w części grubego pokładu tłuszczowego, ułożono przedramię na brzuchu tak, że ubytek jego znalazł się w pobliżu płatu brzusznego, którego brzeg przeciwległy szypułce złączono szwem węzełkowym jedwabnym z częścią obwodu ubytku na przedramieniu. Ranę w powłokach brzusznych zamknięto w pobliżu szypułki płatu szwem i ochroniwszy szypułkę płatu i niezespojoną część ubytku brzusznego płatkiem powleczonym maścią borową, opatrzono ranę przedramienia i brzucha antiseptycznie. Za pomocą wałków i poduszek z waty drzewnéj unieruchomiono rękę, przedramię i ramię, ustalając te części na brzuchu i klatce piersiowéj zwojami opaski miękkiéj i nakrochmalonéj.

Przebieg pooperacyjny zupełnie bezgorączkowy.

D. 1 lipca, a więc w 13 dni po wykonaniu transplantacyi, zmieniono pierwszy raz opatrunek i stwierdziwszy przyrośnięcie płatu w zakresie szwu przez rychłozrost, wydalono nitki jedwabne spajające i przecięto w całości szypułkę. Po przystosowaniu płatu i obranieniu jego brzegów, jako też brzegów ubytku na przedramieniu, złączono szwem z jedwabiu płat w całym obwodzie ubytku, a równocześnie zespojono też do reszty ranę w skórze brzucha i pokryto opatrunkiem antiseptycznym obie rany zaszyte. Dn 12 lipca druga zmiana opatrunku wykazała bezpośredni, doraźny zrost brzegów płatu przeszczepionego i prócz nieznacznego nagromadzenia się krwi płynnéj na ograniczonem miejscu w pobliżu brzegu dawnéj szypułki, należyte przyrośnięcie płatu do dna ubytku. Zatrzymaną wydzielinę krwawą po rozluźnieniu miejscowem szwu wypuszczono i zastósowano opatrunek miernie uciskający Rana skórna na brzuchu w dolnéj i środkowéj części zrośnięta *per primam intentionem* okazuje w części górnej w okolicy dawnéj szypułki płatu ograniczone zatrzymanie wydzieliny ropiasto-krwawéj pod liniją szwów i ropienie mierne w założonych tamże kanałach szwowych. Po roztwarciu w tem miejscu rany brzusznéj jamkę wytamponowano gazą jodoformową. D. 18/7 1889 płat przemiejscowiony nieco grubszy

[1]) *Ueber den Ersatz gröss. Hautdefecte.* Langenbecks *Arch.* 37 t., 1 zeszyt.

od skóry otaczającej i nie odróżniający się prawie barwą od tejże, elastyczny i dobrze na podstawie swéj przesuwalny, pod względem czucia dotyku, bólu i ciepłoty w porównaniu ze skórą okoliczną okazuje dość znaczną upośledzającą go różnicę.

Przypadek powyższy zasługuje nadto na uwzględnienie z powodu wielokrotnego rozsiania na odległych punktach skóry owrzodzeń rakowatych. Z wrodzonego znamienia, jak chora podaje, wyrodziło się na przedramieniu lewem przed 19 laty po skaleczeniu owrzodzenie pierwsze, do którego dołączył się przed 2-ma laty wrzód na przedramieniu prawem z guzka bez znanéj przyczyny powstałego, a przed rokiem wreszcie biorą początek drobne owrzodzenia na twarzy. Rozwój nowotworu nader powolny i łagodny, jak to odpowiada cechom raka skórnego, nie zostaje w zgodzie z wrzekomym punktem wyjścia pierwszego ogniska z znamienia wrodzonego, na tle których wybujałe raki odznaczają się, jak powszechnie wiadomo, bardzo zjadliwym i szybkim przebiegiem. Brak obrzmienia gruczołów limfatycznych w pobliskich i dalszych ich stacyjach mimo długoletniego popasania nowotworu przemawia również za dobrotliwym jego charakterem, a wytworzenie się ognisk rakowych w okolicach odległych skóry, gdzie wrodzonych znamion nie dostawało, każe powątpiewać, czy znamię przedramienia, lewego, o którem chora wspomina, było istotnie wrodzonem, a jeśli tak, czy rzeczywiście do niego pierwszy zawiązek nowotworu odnieść należy? Wielorakie rozmieszczenie u choréj ognisk rakowatych na kilku odległych punktach skóry i to w miejscach, gdzie w ogóle nie często usadowiają się raki, należy do rzadkości tak, że między zebranemi przez Rudolfa Volkmanna [1]) 223 przypadkami raków kończyn nie znajduje podobnego dla siebie przykładu. Niezależnie od siebie, a pod działaniem téj samej przyczyny przyszło w naszym przypadku do bujania odległych ognisk nowotworu rakowatego, którego etyjologija w wyszukaniu punktu wyjścia z normalnéj, przewlekle drażnionéj, albo znamieniem nacechowanéj skóry, zaspokojenia bynajmniéj nie doznaje. (Dok. nast.)

II. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Sakcharyna jako lek i przyprawa.

Podali
na podstawie doświadczeń klinicznych

Drowie J. Rosenzweig i W. Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

IV. Trawienie żołądkowe pod wpływem sakcharyny. Tutaj uwzględnić musimy objawy podmiotowe osób do doświadczeń służących i objawy przedmiotowe w rozbiorze treści żołądkowéj wykazać się dające.

Co do pierwszego, t. j. uczuć podmiotowych po zażyciu sakcharynianu sodowego, to w krótkości tyle nadmienić możemy, że w żadnym przypadku, żadnych przykrych uczuć i sensacyj nawet po największych dawkach sakcharynianu sodowego nie zauważyliśmy. Dawki stosowaliśmy bądź na czczo, bądź po jedzeniu i w różnych porach dnia, a nigdy przypadów ze strony żołądka, jak bólów, gniecenia w dołku podsercowym, odbijań lub wymiotów nie zauważyliśmy i to nawet po dawkach jednorazowych 50 grm., a dziennie 100 gramów.

Co do objawów przedmiotowych, takowe znowu podzielić musimy na objawy *in vivo* i *in vitro* występujące. Przez doświadczenia *in vivo* rozumiemy tu te doświadczenia, gdzie choremu podawano sakcharynian sodowy do żołądka i badano zachowanie się treści następnie wydobytéj w porównaniu do treści żołądka u tegoż osobnika, w tych samych warunkach wydobytéj, ale bez poprzedniego podania sakcharyny. Dla bliższego poznania rzeczy przytoczymy tu szereg doświadczeń *in vivo* robionych wraz z wynikami, jakie takowe dały.

M. U. 12-letnia dziewczynka. Badanie treści żołądkowéj wykazuje nadmierną kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*). Przez pewien czas leczono chorą wodą karlsbadzką, poczem gdy kwasota treści żołądkowéj znacznie się obniżyła, wykonano następujące doświadczenia:

Podano choréj na czczo białko z gotowanego jaja kurzego i 200 c^3 wody przekroplonéj; po 3 kwadransach wydobyto za pomocą sondy ze żołądka około 30 c^3 cieczy mętnawéj ze strzępami nadtrawionego białka, oddziaływającego kwaśno od wolnego kw. solnego. Przesącz wodojasny wykazuje kwasotę 56. Do 10 c^3 przesączu dano krążek z gotowanego białka kurzego, ważący 0·01 grm., który to ciężar krążka i przy wszystkich innych doświadczeniach zachowano i postawiono w cieplocie 40°C. W przeciągu godzin trzech krążek białka został zupełnie rozpuszczony.

Następnego dnia podano choréj na czczo również białko z gotowanego jaja kurzego i 200 c^3 wody przekroplonéj z 0·1 grm. sakcharynijanu sodowego. Po trzech kwadransach wydobyto około 40 c^3 cieczy ze strzępkami nadtrawionego białka, oddziaływającéj kwaśno. Przesącz wodojasny o kwasocie 64.; kwas solny wolny wszystkiemi próbami daje się wykazać. Do 10 c^3 przesączu dano krążek białka i postawiono w ciepłocie 40° C. Krążek białka dopiero w 6 godzin w zupełności się rozpuścił.

Trzeciego dnia zrobiono tę samą próbę, z tą różnicą, że zamiast 0·1 grm. sakcharynianu sodowego dano tegoż 0·5 grm. do zażycia wraz z białkiem i 200 c^3 wody przdkroplonéj. Przesącz treści w trzy kwadranse wydobytéj był wodojasny, kwasota jego wynosiła 36, a kw. solny dał się w nim wszystkiemi próbami wykazać. Próba sztucznego trawienia w ten sam sposób, jak poprzednio wykonana, dała wynik dodatni w 5 godzin.

W powyższych doświadczeniach okazało się, że sok żołądkowy wydzielony pod wpływem sakcharynianu sodowego nieco powolniéj rozpuszcza białko, co jednak częściowo należy odnieść także do zmienionéj kwasoty treści żołądkowéj pod wpływem sakcharyny.

F. H. l. 19 *Hyperaciditas digestiva in hysterica*. Pierwszego dnia doświadczeń wlano choréj do żołądka 200 gramów wody przekroplonéj. Po 15 minutach wydobyto treść o kwasocie 12, z kw. solnym wszystkiemi próbami wykazalnym, trawiła krążek białka w cieplocie 40° C. w przeciągu dwóch godzin.

Następnego dnia wlano znowu na czczo przez sondę 200 c^3 wody przekroplonéj i 0·2 sakcharynianu sodowego. Po 15-tu minutach wydobyto treść o kw. 11, z HCl wszystkiemi próbami wykazalnym, trawiła krążek białka w ciopłocie 40° C. po 7-iu godzinach.

Trzeciego dnia wlano na czczo sondą do żołądka 200 c^3 wody przekroplonéj i 0·2 sakcharynianu sodowego. Po 30 minutach wydobyto treść o kw. 21 z HCl wszystkiemi próbami wykazalnym, trawiła krążek białka w 40° C. w dwóch godz.

Czwartego dnia wlano znowu na czczo sondą do żołądka 200 c^3 wody przekroplonéj i 0·5 grm. sakcharynianu sodowego. Po 15 minutach wydobyto treść o kw. 30 z HCl wszystkiemi próbami wykazalnym, trawiła krążek białka po $4\frac{1}{2}$ godzinach.

Piątego dnia wlano sondą na czczo do żołądka 200 c^3 wody przekroplonéj i 0·5 grm. sakcharynianu sodowego. Po 30 minutach wydobyto treść o kw. 14 z HCl wszystkiemi próbami wykazalnym, trawiła krążek kurzego białka w 40° C. po $2\frac{1}{2}$ godzinach.

Z doświadczeń tych wynika, że sakcharyna wprowadzona do żołądka we większéj ilości, niż do osłodzenia pokarmów potrzeba, osłabia siłę trawiącą soku żołądkowego, ale nieznacznie i że ujemne działanie na sok żołądkowy trwa tylko bardzo krótko, bo sok żołądkowy otrzymany w pół godziny po zażyciu 200 c^3 wody przekroplonéj z 0·2 grm., a nawet 0·5 grm. sakcharynianu sodowego już się siłą trawiącą nie różni od soku żołądkowego, otrzymanego w 15 minut po wypiciu 200 c^3 wody przekroplonéj.

U powyższéj choréj robiono jeszcze dalsze doświadczenia, wlewając po 200 c^3 wody przekroplonéj do żołądka czczego z dodatkiem 1 i 3 grm. sakcharynianu sodowego. Wyniki tych

[1]) Volkmann. *Samml. klin. Vortr.* Nr. 334/35. *Ueber den primären Krebs der Extremitäten.*

prób były takie, że po zażyciu 1-go grm. t. j. ilości, jaka w potrawach nigdy naraz nie może być spożytą, gdyż równoważy słodycz 280 gramom cukru, sok żołądkowy otrzymany w godzinę trawił białko z tą samą siłą, jak sok otrzymany z żołądka po wypiciu 200 c³ wody przekroplonéj w 15 minutach. Sok zaś żołądkowy otrzymany w godzinę po zażyciu 200 grm. wody przekroplonéj i 3 grm. sakcharynianu sodow., tylko o godzinę późniéj rozpuszczał krążek kurzego białka, niż sok otrzymany w 15 minut po wypiciu 200 c³ wody przekroplonej.

Dodatkowo nam tu wymienić wypada, że rozczyn sernikowy we wszystkich powyższych treściach żołądkowych był obecny, że tylko próba z przesączu po zażyciu 200 c³ wody przekroplonéj i 3 grm. sakcharynianu sodowego ścinała mleko dopiero po 3 kwadransach, a oddziaływanie próby już było kwaśne, podczas gdy we wszystkich innych próbach sok żołądkowy ścinał mleko w przeciągu 5—20 minut w ciepłocie 40° C.

Aby się przekonać, czy rzeczywiście wnioski nasze co do wpływu sakcharyny na siłę trawiącą soku żołądkowego i dla trawienia odbywającego się w samym żołądku są identyczne, wykonaliśmy następujące doświadczenia na kobiecie:

K. W. z rozpoznaniem *Neuralgia nervi trigemini dextri in hysterica, tumor lienis malaricus*. Podano choréj na czczo 50 grm. białka z gotowanych jaj kurzych, bułkę i 200 c³ wody przekroplonéj. Po trzech kwadransach otrzymaną treść żołądkową papkowatą przesączono. Kwasota przesączu 46. Kw. solny dał się wykazać barwikiem kongo i floroglucyno-waniliną; próba sztucznego trawienia wypadła po 3½ godzinach dodatnio.

Następnego dnia podano choréj takie same śniadanie z dodatkiem 0·5 grm. sakcharynianu sodowego, a przesącz treści po 3 kwadransach otrzymanéj wykazał kwasotę 50; HCl również barwikiem kongo, jako też floroglucyno-waniliną dał się wykazać, a sztuczne trawienie po 3 godzinach było ukończone.

Trzeciego dnia podano znowu takież samo śniadanie z dodatkiem 1 grm. sakcharynianu sodowego. Przesącz treści w 3 kwadranse ze żołądka otrzymanéj wykazywał kwasotę 48; HCl również dał się wykazać, a sztuczne trawienie przesączu po 3½ godziny było ukończone.

Widzimy z powyższych doświadczeń, że tu przy silniejszem wydzielaniu soku ze żołądka siła jego trawiąca wobec znacznéj bardzo ilości sakcharynianu sodowego minimalnéj tylko uległa zmianie, ktoréj Petschek i Zerner (l. c. p. 327) w swoich doświadczeniach nie dostrzegli, a którąby także na karb niedokładności doświadczeń policzyć można. Zwracamy przy tem uwagę, że już dawka 0·5 grm. sakcharynianu sodowego jest bardzo znaczną, gdyż swą słodyczą zastępuje 140 grm. cukru, a ta ilość do osłodzenia jednorazowéj naszéj strawy jest już zbyt wielką. Zrobiliśmy jednak próby z dawkami tak znacznemi, aby się przekonać, czy nawet nadużycie słodkich pokarmów, słodzonych sakcharyną, co mianowicie u dzieci wydarzyć się może, jakich znaczniéjszych zaburzeń w trawieniu żołądkowem nie wywoła.

Oprócz powyższych doświadczeń powtórzono na osobie K. W. próby te same, co i na osobie F. H. z wynikiem zupełnie zgodnym.

W dalszym ciągu zadaliśmy sobie pytanie, w jaki sposób sakcharyna opóźnia sztuczne trawienie soku żołądkowego? Aby rozstrzygnąć tę kwestyję, robiliśmy po za ustrojem doświadczenia ze sokiem żołądkowym, dodając do niego sakcharyny, lecz w ilości daleko większéj, niż to uskuteczniali Salkowski (l. c.), Petschek i Zerner (l. c.), którzy też nie dostrzegli żadnego działania sakcharyny na trawienie żołądkowe.

I tak wlewano do jednéj rurki odczynnikowéj 10 c³ przesączonego soku żołądkowego, jeżeli oddziaływanie tegoż na HCl wszystkiemi próbami było wyraźne i dodano krążek białka. Do drugiéj próbki tegoż samego przesączu dodano krążek białka i 0·1 grm. sakcharyny kwaśnéj, który rozumie się tylko w części uległ rozpuszczeniu, a przeważnie pozostał w zawieszeniu. Jeżeli przesącz nie dawał wyraźnego oddziaływania na HCl wszystkiemi próbami, to dodawano jeszcze kwasu solnego do niego, dopóki oddziaływanie nie wystąpiło. Obie próby pozostawiono w ciepłocie 40° C. Po 24 godzinach białko w próbie wolnéj od sakcharyny było strawione, w próbie ze sakcharyną nie uległo rozpuszczeniu. Że tu kw. solny nie wchodził w związek ze sakcharyną, świadczy ta okoliczność, że po dodaniu sakcharyny kwaśnéj do przesączu oddziaływania na wolny kwas solny nie znikały. Tu więc należałoby przypuścić, że sakcharyna kwaśna upośledza działanie pepsyny. Przypatrzywszy się jednak próbie, przekonaliśmy się, że krążek białka cały był obsypany proszkiem sakcharyny, że więc to mogło się stać przyczyną ujemnego wyniku próby, iż albo sok trawiący nie miał dostatecznego przystępu do białka, albo rozczyn trawiący został strącony, jak to twierdzi E. Gans (l. c. p. 282). Że to ostatnie miało miejsce, okazało się ztąd, że sok żołądkowy wykłócony ze sakcharyną kwaśną po przesączeniu nie okazywał własności trawiących.

Powtarzając powyższe doświadczenia z sakcharynianem sodowym, dostrzegliśmy najsamprzód, że po dodaniu tegoż do soku żołądkowego, zawierającego wolny kw. solny, oddziaływanie na tenże i siła trawiąca znika. Rozczyn mąci się od wydzielonéj wolnéj sakcharyny. Siły trawiącej nie można nawet przywrócić, jeżeli do téj mięszaniny doda się tyle kw. solnego, aby oddziaływanie na tenże znów wystąpiło.

Na podstawie powyższych zjawisk orzec można, że sakcharynian sodowy upośledza siłę trawiącą soku żołądkowego, zobojętniając kw. solny i strącając pepsynę. Uwzględnić jednak należy, że działa on w ten sposób znajdując się we większéj tylko ilości w soku żołądkowym, gdyż nadmieniamy, że w naszych doświadczeniach trzeba było do 10 c³ soku żołądkowego dodać co najmniéj 0·1 grm. tj. 1% sakcharynianu sodowego, który w tym stosunku jako przyprawa użyty w soku żołądkowym znaleść się nie może z powodu nader silnie słodkiego smaku. Salkowski (l. c.) też używając tylko małych ilości sakcharyny nie widział żadnego wpływu na trawienie sztuczne.

Wspomnieliśmy już powyżéj, że w każdym soku żołądkowym, otrzymanym po zażyciu sakcharyny w mniejszéj ilości i to w czasie od 15—30 minut rozczyn sernikowy dał się wykazać. Chcąc jednak przekonać się, jak strącanie sernika w mleku do żołądka wprowadzonego wobec sakcharynianu sodowego się zachowuje, podjęliśmy i w tym kierunku próby. A mianowicie u osoby z mniéj lub więcéj prawidłową czynnością żołądka wlewano po 200 c³ mleka przez sondę do żołądka i badano, w jakim najkrótszym czasie z takowego sernik zostaje strącony. Przekonano się, że 5 minut jest tym średnim terminem, w którym 200 c³ mleka w żołądku ściętem zostaje. Wlewano następnie tejże osobie po 200 c³ mleka z różnemi ilościami sakcharynianu sodowego do żołądka i przekonano się, że nawet po domięszaniu 5 grm. tego przetworu do 200 c³ mleka, z takowego sernik w przeciągu 5 minut strąconym zostaje. Sakcharynian sodowy nie wpływa przeto na działanie zaczynu sernikowego, jak to E. Gans w doświadczeniach sztucznych ze sakcharyną kwaśną spostrzegał.

V. Trawienie jelitowe pod wpływem sakcharyny. Wśród podawania sakcharynianu sodowego nie zauważyliśmy u żadnéj z osób, zażywających takowy, żadnych przykrych objawów, świadczących o znaczniejszem zaburzeniu trawienia jelitowego. Dawki mniejsze pozostawały bez najmniejszego wpływu na oddawanie stolca, jak nie mniéj na jego własności, a żadna z osób nie żaliła się na jakiekolwiek przypadłości, jak bóle, wzdęcia i t. p. po zażyciu nawet największych dawek sakcharynianu sodowego. Gdy podawano dawki wyżéj 5 grm. dziennie, pojawiało się lekkie zaparcie stolca, które po usunięciu sakcharynianu sodo-

wego zaraz ustępowało. W jednym tylko przypadku u człowieka, który zażywał po 50 gramów na dawkę, dwa razy dziennie pojawiła się biegunka dość znaczna. Stolce były wodniste, ze śluzem zmięszane, chory oddawał je jednak bez bólów, a badanie drobnowidowe tych stolców wykazywało, że trawienie jest rzeczywiście niedokładne, gdyż na włóknach mięsnych bardzo wyraźnie widocznem było prążkowanie poprzeczne, a prócz miazgi rozpadowéj i części roślinnych widać było pod drobnowidem smugi śluzu, obłożone ciałkami wypocinowemi, po części już ziarnisto zmienione i dość liczne komórki przybłonka wałeczkowego.

Badanie stolców po użyciu sakcharynianu sodowego wykazało, że nie cała ilość tegoż dostaje się do krążenia ogólnego, gdyż znaczna ilość jeszcze w stolcach wykazać się daje.

VI. Przechodzimy z kolei do narządu moczowego. I tu w ogólności powiedzieć musimy, że nie zauważyliśmy u żadnéj z osób, w największych nawet dawkach sakcharynian sodowy zażywających żadnych objawów, świadczących czy to o podraźnieniu samych nerek, czy też pęcherza lub przewodów moczowych. Ilość moczu nie uległa w żadnym przypadku zmianie, jak nie mniéj ciężar gatunkowy tegoż, pomimo, że już w pół godziny po zażyciu sakcharynę w moczu wykazać mogliśmy. Zauważyć jeszcze należy, że po użyciu bardzo dużych dawek sakcharynianu sodowego, mocz oddany w pierwszych trzech godzinach bywa mętny i oddziaływa alkalicznie. Zmętnienie, które po dodaniu jakiegokolwiek kwasu zupełnie znika, pochodzi od soli nieorganicznych nierozpuszczalnych, a oddziaływanie alkaliczne od znacznéj ilości sodu, który się w przewodzie pokarmowym oddzielił od sakcharyny i dostał do obiegu krwi, którą właśnie alkalizuje w znaczniejszym stopniu. (Dok. nast.)

III. Nowa forma analizy ilościowéj, zastosowana do szybkiego, przybliżonego oznaczenia kwasoty żołądkowéj.

Podał

Dr. J. Czyrniański we Lwowie.

Sposoby, jakich dotychczas używali chemicy, chcąc oznaczyć zawartość jakiegoś ciała rozpuszczonego w cieczy, są dwa: albo strąca się jeden z jego chemicznych składników i waży się ten strąt na sucho, albo drogą mokrą miareczkuje się go t. zw. normalnym rozczynem przy użyciu barwika za oznacznik i oblicza się ciężar według cyfr osiągniętych miarą. Można podać jednak trzecią drogę oznaczenia ilościowego, która polegać może na zobojętnieniu chemicznem rozczynu za pomocą już odważonych suchych porcyj odczynnika. Oczywiście odnosić się to może przedewszystkiem do oznaczenia kwasów alkalijami, a i tu daje się użyć wyłącznie węglan sodowy kwaśny (*Natrum bicarbonicum*), gdyż węglan sodowy obojętny (soda) zawiera wodę krystaliczną, co utrudnia suszenie wody hygroskopijnéj, potrzebne przy ważeniu chemicznem i zawiera za mało kwasu węglowego w stosunku do sodu, co potrzebne dla naszego celu, bo go można użyć za oznacznik. Dwuwęglan zaś posiada tę cenną własność, że zawiera kwasu węglowego dwa razy więcéj, przez co przyspiesza rozpuszczalność i zarazem czyni obserwacyję reakcyi wyraźniejszą. Reakcyja polega na zaprzestaniu tworzenia się baniek gazu naokoło zanurzonéj pigułki, zawierającéj *natrum bicarbonicum*. Myśl tę, która dałaby się też użyć przy innych pracach chemicznych do szybkiego przybliżonego pouczenia się o kwasocie danego rozczynu (np. octu), zastosowałem do celów rozpoznawczych, a mianowicie do szybkiego oznaczenia kwasoty odsączu treści żołądkowéj.

Obliczenie porcyi *Natr. bicarb.* potrzebnéj do zobojętnienia (0·1%) jedno-dziesięcio-procentow. rozczynu HCl w objętości 5 sz. c. daje się łatwo wykonać. Ciężar drobinowy HCl jest 36·5, ciężar drobinowy CO_3HNa wynosi 84; zatem liczba wyrażająca stosunek wynosi 2·301... Jeżeli w 100 sz. c. rozczynu jest 0·14 gr. kw. solnego HCl, to w 5 sz. c. jest 20-ta część, czyli 0·005 grm. HCl, co przy pomnożeniu przez 2·031 odpowiada 0·0115 grm. CO_3HNa, a więc nawet więcéj niż jeden centigram. Na sto porcyj, czyli na sto pigułek do miareczkowania kwasoty żołądkowéj trzeba wziąć zatem 1·15 grm. węglanu sodowego kwaśnego z dodatkiem wymaganym do zrobienia i podzielenia masy. Chodzi niemniéj o to, aby masa pigułkowa z czasem zbyt nie stwardniała [1]).

Używając tedy 5 cm. sz. rozczynu badanego (odsączu) który odmierzamy pipetką, biuretą lub kalibrowaną epruwetką — otrzymujemy sposobem naszym liczby wyrażające stopnie kwaśności, policzywszy poprostu ilość zużytych pigułek. Jeden stopień kwasoty podług nas jest to kwasota odpowiadająca 0·1% procentu HCl. Cyfry patologiczne nie odbiegają daleko od 0·5%, dochodzą jednak podług autorów do 2 lub nawet 4%. W granicach od 0—1% mamy przy naszéj metodzie 10 stopni kwasoty. Zdaje mi się przeto, że dokładność téj metody oznaczania kwasoty żołądkowéj dla nierozcieńczonéj cieczy żołądkowéj odpowiada w sam raz potrzebie praktycznéj. Zresztą chcąc oznaczyć kwasotę 0·05% HCl, czyli oznaczyć kwasotę ½-stopniową, potrzebujemy wziąść tylko podwójną ilość rozczynu badanego, a więc 10 c. sz. zamiast 5 c. sz. przy tych samych porcyjach miareczkujących.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Zahn: **Nowy przypadek wrzodu okrągłego pochwy.**

Autor podał w 95 tom. *Virch. Arch.* przypadek wrzodu w pochwie, który do tego czasu nie był jeszcze nigdzie opisany i któremu on ze względu na podobieństwo do wrzodu żołądka nadał nazwę wrzodu okrągłego. Obecnie opisuje 2-gi przypadek takiego wrzodu w pochwie. Wrzód ten pokryty był obumarłą błoną śluzową, któréj tylko powierzchowna warstwa uległa rozpadowi i w któréj znajdowały się w dosyć znacznéj ilości brunatne plamy barwikowe. Wytworzenie się tego wrzodu tłumaczy autor w ten sposób, że powstaje krwotok żylny w warstwie powierzchownéj błony śluzowéj, i wskutek tego ta ostatnia obumiera. Naciek komórkowy w błonie śluzowéj powstaje zdaniem jego wskutek rozmnażania się komórek tkanki łącznéj. Krwotok taki może powstać z przyczyn miejscowych i ogólnych. Do pierwszych należą zmiany starcze ścian naczyniowych, zwężenie tętniczek i rozszerzenie żył połączone z zakrzepicą. Do przyczyn ogólnych należą zmiany starcze w sercu. W danym przypadku chora 51-letnia cierpiała na niedomykalność zastawki dwukończystéj i gruźlicę przewlekłą płuc. (*Virchows Archiv*, t. 115).

A. W.

Prof. Podwysocki (młodszy): **O znaczeniu kokcydyj w patologii wątroby człowieka.**

W doniesieniu niniejszem podaje autor w krótkości wyniki swéj pracy nad kokcydyjami, sama zaś praca z odpowiedniemi rysunkami ma być umieszczoną w Zieglera „*Beiträge*“. Powolny rozwój nauki o kokcydyjach, które są znane już więcéj niż od lat 20, tłumaczy autor trudnościami, jakie przedstawiają się przy odróżnianiu kokcydyj od części pra-

[1]) Pigułki powyższego ciężaru wyrabia we Lwowie apteka p. Mikolasza.

widłowych komórki, w pewnych bowiem okresach rozwoju przedstawiają one rażące podobieństwo do jąder i jąderek komórek i do całych ciałek limfatycznych. Wyniki pracy są następujące: 1) We wszystkich znanych przypadkach znajdowania się kokcydyj w wątrobie ludzkiéj opisywano ich występowanie w postaci nie wielkich guzków, rozrzuconych w rozmaitych częściach narządu. Autor zaś odkrył obecnie inny jeszcze sposób ich występowania, przy którym pojedyncze osobniki są rozrzucone po całéj wątrobie. Oczywiście w ostatnim przypadku nie można ich spostrzedz gołem okiem, a nawet i za pomocą mikroskopu trudno je zauważyć dla oka nie wprawnego i nie zwracającego specyjalnie na nie uwagi. Ten rodzaj występowania zdarza się względnie często; 2) kokcydyje znajdują się zwykle w pierwoszczu komórek wątrobianych, ale daleko częściéj w samych jądrach. Dosięgają one znacznej wielkości, przedstawiając się wtedy w postaci elipsy otoczonéj grubą osłonką, i zwykle zawierają wewnątrz kilka zarodników. W miarę wzrostu wywołują one nadmierny przerost, zniekształtnienie i wreszcie całkowite zniszczenie jądra, wyrodnienie barwikowe komórki i w końcu jéj śmierć; 3) obumarłe komórki i kokcydyje działają drażniąco na między i wewnątrz zrazikową tkankę łączną, wywolują jéj przerost i prowadzą w ten sposób do marskości wątroby i do żółtaczki; 4) kokcydyje znalezione w jądrach komórek wątroby ludzkiéj radzi autor nazwać *karyophagus hominis*.
(*Wracz*, 1889, Nr. 25) *A. W.*

Farmakologija.

H. Eichhorst: **Mirtol jako środek desinfekcyjny przewodu pokarmowego.**

Pojawiła się w handlu w ostatnich czasach ciecz przeźroczysta orzeźwiającéj woni, która nosi nazwę mirtolu. Otrzymuje się ona z olejku mirtowego, którego jest częścią składową wrzącą przy 160°—170° C. Podaje się zwykle w kapsułkach gelatynowych w dawce 0·15. Kapsułka taka już w godzinę po połknięciu wywiera skutek, mianowicie powietrze wydechane nabiera wyraźnéj woni mirtolowéj, co trwa przez dwa dni, jest więc mirtol doskonałym środkiem do usunięcia obrzydliwéj woni wydychanego powietrza przy zapaleniu oskrzeli lub w zgorzeli płuc i należy go podawać co 2 godziny i to po 2—3 kapsułek. (Należy być jednak ostrożnym w podawaniu tego środka, wywołuje on bowiem często utratę apetytu). Już po kilku kapsułkach znika woń obrzydliwa powietrza wydechowego i plwociny, zmniejsza się ilość plwocin a czasem występuje nawet zupełne wyzdrowienie. Na prątki gruźlicze wcale mirtol nie działa. Wnętrzności chorych, którzy umarli podczas leczenia mirtolem, wydają przyjemną woń mirtolową. (*Therap. Monatschrift*, Januar 1889). *A. W.*

Gibson i Felkin zauważyli nadzwyczaj rzadkie **działanie uboczne salicylanu sodowego.** Chora, która przez dzień zażywała *Natr. salicyl.* w dawkach 1·2 gr. co 2 godz., okazywała w 8 godzin po rozpoczęciu leczenia wysokiego stopnia zwężenie źrenic, zniesienie ich oddziaływania i zmniejszenie bystrości wzroku. Myoza ustąpiła po 30 godzinach po usunięciu środka. (*Practit.*).

† Burdenich stosował sumak aromatyczny (*rhus aromatica*) w 33 przypadkach nie trzymania moczu i w 11-stu z nich otrzymał bardzo dobre rezultaty, w 10-ciu dostateczne, a w 12-stu nieznaczne. Srodek ten zawiera według niego istotę działającą tonicznie, podobnie jak *nux vomica.* Numa przypuszcza, że środek ten działa pobudzająco na mięśnie gładkie pęcherza, macicy i dolnéj części kiszki odchodowéj. Podaje on dzieciom 2—6 lat liczącym po 10 kropel nastoju téj rośliny, a starszym po 15 kropel 2 razy dziennie. Działanie pobudzające tego środka trwa podług Numy nie długo. Również i Hamon wyraża się dobrze o tym środku i podaje go dzieciom po 20—30 kropel nastoju przed udaniem się na spoczynek. (*L'union médicale*, Nr. 15).

Doniesienie o **groźnych objawach po wewnętrznem zastosowaniu antipyryny** mnożą się. 28-letnia panna z nerwobólem kulszowym już często zażywała 1·0 antipyrynę ze znaczną ulgą i bez objawów ubocznych. Przy wypuszczaniu z leczenia polecono jéj w razie powrotu bólów natychmiast zażyć 1·0 antipyryny: to zrobiła po 5-ciu dniach i natychmiast wystąpił gwałtowny piekący ból w żołądku, wymioty i zapad, sinica, swędząca wysypka na całem ciele. Chora wyzdrowiała, ale u dwóch innych chorych ze stwardnieniem tętnic wystąpiła po użyciu téj saméj dawki (1·0) śmierć. Heffter widział śmiertelny zapad u 63-letniego mężczyzny z ciężkiem zapaleniem płuc w godzinę po zażyciu gramu antipyryny. (*Sch. Cor.-Bl.*, 23).

Medycyna wewnętrzna.

H. Jacubasch (St. Andreasberg): **O wziewaniach w suchotach płucnych.**

Pomijając dość wdzięczne leczenie gruźlicy skóry, kości, stawów i krtani, możemy spodziewać się wywrzeć także wpływ na przebieg gruźlicy płuc i to przez wziewanie swoiście działających leków. Do wziewania używamy leków sproszkowanych, płynnych i lotnych. Używanie środków sproszkowanych, pomijając miejscowe leczenie gruźlicy krtani, nie zasługuje w ogóle na polecenie, gdyż z jednéj strony drażnią one zbyt mocno narząd oddechowy, z drugiej strony napotyka ich jednostajne sproszkowanie na techniczne trudności. Więcéj działają wziewania płynów rozpylonych, pod warunkiem, że rozpylanie odbywa się w sposób odpowiedni. Doświadczane były w postaci płynnéj leki: *aqua picea*, kwas garbnikowy, karbolowy, salicylan sodowy, kwas salicylowy z boraksem, kreozot, kwas borowy, sublimat i. t. d. i to bez osiągnięcia większych wyników, gdyż wziewane płyny nie przedostają się po za początkową część tchawicy (Guttmann, Schnitzler), a według zdania autora, leży wina w niedostatecznem działaniu przyrządów inhalacyjnych; autor twierdzi, że w jego zakładzie leczniczym dostaje się znaczna część leku aż do najdrobniejszych oskrzeli. Co się tyczy stosowania środków przeciwprątkowych w postaci gazowéj, to kadzenia smołowe, wziewania kwasu węglowego polecane już były w minionem stuleciu, a w naszym wieku kadzenia chlorem, wziewania kreozotowe. Daléj doświadczano najrozmaitszych środków, jak: azotu, bromu, jodu, jodoformu, kwasu siarkowodowego, siarkowego, fluorowodowego, karbolowego, pikrynowego, terpentyny, eukalyptolu, mentolu, benzolu, alantolu, kamfory, naftaliny i aniliny, a w ostatnich czasach polecono gorące powietrze atmosferyczne jako swoisty środek przeciw gruźlicy płuc. Pierwsza część wymienionych leków albo zbyt mocno drażniła (jak chlor, brom i t. d.), albo wcale nie skutkowała (bor, salicyl), albo były one wprost niebezpiecznemi (sublimat, kwas karbolowy, fluorowodowy). Pozostają więc połączenia aromatyczne, których najważniejszym przedstawicielem jest terpentyna; zmniejsza ona kaszel, wydzielinę błony śluzowéj, a plwocinom odbiera, jeśli już gniją, przykrą woń. Przy zastosowaniu wziewań terpentynowych przeciw suchotom najodpowiedniejszem i najprostszem jest wytwarzanie pary terpentynowéj przez wyciągnięcie świeżych pączków sosnowych za pomocą pary wodnéj i to w pokojach na ten cel urządzonych. J. uważa wziewanie pary z drzew szpilkowych za ważny środek pomocniczy w leczeniu suchot płucnych, który nie tylko usuwa pojedyncze objawy chorobowe, ale wstrzymuje także rozwój prątków gruźliczych. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Choroby dzieci.

Pott: **Przyczynek do etyjologii zapalenia sromu i pochwy w wieku dziecięcym.**

Na 8481 małych dziewcząt leczonych w przeciągu 12-tu lat spostrzegał 86 razy *Vulvo-Vaginitis*; między temi do 5-go roku 56 razy, od 5-go do 10-go r. 23 razy, a od 10-go do 15-go 7 razy; najczęściéj między 2-gim a 4 tym r. Cierpienie to odnosić było można do przyczyny miejscowéj lub ogólnéj jest ona według zdania P. chorobą swoistą, zaraźliwą (mianowicie zakażeniem rzeżączkowem), gdyż w wydzielinie wykazano gonokoki. Etyjologija choroby wcale nie jest jasną. Zgwałcenie bardzo rzadko było przyczyną i to tylko wtedy, jeżeli spółkujący miał rzeżączkę; zakażenie podczas porodu tylko rzadko miało miejsce. Pott, uwzględniając okoliczność, że najczęściéj dzieci warstw ubogich w wieku między 2-gim a 4 tym r. dotknięte są tem cierpieniem (a wiadomo, że dzieci takie często razem sypiają z rodzicami, którzy mogą mieć rzeżączkę), sądzi, że choroba ta powstaje przez zetknięcie się bezpośrednie błony śluzowéj pochwy z zanieczyszczoną bielizną łóżka. U chłopców zdarza się ona rzadziéj, gdyż u nich powierzchnia błony śluzo-

wéj mniéj jest odkrytą, zato dość często okazują *Balanopostitis*. Według Sängera epidemije rodzinne tego cierpienia nie należą wcale do rzadkości i tak zna rodzinę w któréj rodzice, jakoteż najmłodsze i trzechletnie dziecko chorowali na rzeżączkę. (*Centralb. f. Gynak.*, 1888, Nr. 28).

Dr. Baschkopf.

† Dr. de Bary opisuje 2 ciekawe przypadki nadmiernego wzdęcia brzucha u dziewcząt. Jedna z nich 13 lat licząca była dobrze zbudowana, na nic się nie skarżyła, a nawet brzuch wzdęty nie przedstawiał żadnych dla niéj niedogodności. Badanie przedmiotowe wykazało, że wszystkie narządy są zupełnie zdrowe i tylko wątroba nieco obniżona. Brzuch był silnie wzdęty i z lewéj strony można było wymacać guz wielkości głowy dorosłego człowieka. W ciągu kilkutygodniowéj obserwacyi guz ten wcale nie zmieniał swéj objętości. Chcąc przekonać się na pewno, czy to jest nowotwór jajnika, zachloroformował autor chorą. W miarę występowania uśpienia guz począł się zmniejszać, i brzuch przyjął wreszcie prawidłową objętość. Badanie przedmiotowe brzucha nie wykazało w nim żadnych zboczeń; mięśnie brzuszne były dobrze rozwinięte, a wątroba przyjęła położenie prawidłowe. W miarę budzenia się zjawiało się znowu wzdęcie pierwotnéj wielkości. We śnie występowało takie same opadanie. Autor tłomaczy ten przypadek skurczem przepony, co potwierdza i obniżenie wątroby. W 2-gim przypadku miał autor do czynienia z dziewczyną bardzo wynędzniałą, $14\frac{1}{2}$ lat, u któréj po durze brzusznym wystąpiło wzdęcie brzucha, ale tylko podczas stania. Przy chodzeniu część piersiowa kręgosłupa przeginała się w tył, a część lędźwiowa i miednica naprzód. Sekcyja (chora umarła skutkiem cukromoczu) wykazała, że wszystkie chrząstki kręgosłupa były rozmiękczone. Autor przypuszcza, że tutaj powstało wzdęcie prawdopodobnie wskutek zwiotczenia mięśni brzusznych i przepony. U obydwóch dziewcząt nie można było wykazać żadnych oznak macinnicy. Obie nie miały jeszcze miesiączki. (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. X).

Chirurgija.

Lauenstein: **Przyczynek do leczenia róży według metody Kraskego-Riedla.**

W roku 1886 podał Kraske sposób leczenia róży, polegający na tem, że się na całym zajętym obszarze robi drobne nakłucia, długie na 1 cm., sięgające w skórę właściwą. Nacięć takich przypada 15—20 na 1 cal kwadratowy. Następnie obszar cały obmywa się 5% kwasem karbolowym, potem zaś okłada 2% kwasem karbolowym zmieniając okład 2 razy dziennie. Kraske wyleczył w ten sposób 3 przypadki, a w roku 1887 podał Riedel 11 przypadków leczonych tą metodą przez siebie zmodyfikowaną. Riedel robi nacięcia tylko na granicy zdrowéj i choréj skóry i to w ten sposób, że robi rząd cięć podłużnych, a następnie drugi rząd krzyżujących się z pierwszemi. Do okładów używa 1‰ sublimatu. R. zaleca ten sposób gorąco. Lauenstein leczył w ten sposób z dobrym skutkiem 5 przypadków. W końcu zaleca L. jeszcze jedną modyfikacyję téj metody, mianowicie radzi robić nacięcia tylko w zdrowéj skórze, okalające chorą i w ten sposób różę odgraniczyć. (*Deut. med. W.*, 11, 1889).

Dr. Rościszewski.

Choroby krtani.

Prof. Senator (Berlin): **O zgłębniku pęczniejącym do leczenia zwężeń gardziela.**

Leczenie tych zwężeń znacznie postąpiło przez udoskonalone wprowadzanie rurek trwałych, które jednak tylko głównie łagodząco działają. Ponieważ leki tylko rzadko skutkują, a zabieg krwawy jest bardzo niebezpiecznym, usiłowano rozszerzać przez wprowadzanie coraz to grubszych zgłębników lub oliwek z kości słoniowéj. Te jednak należy z pewną siłą wcisnąć do zwężenia, gdyż jeżeli swobodnie przechodzą, to są bez celu, a wprowadzanie gwałtowne może łatwo szkodzić, z tego powodu użył S. w tym celu środków pęczniejących, mianowicie blaszkownicy i tupelo! Nie potrzeba jednak wprowadzać zgłębnika całego z blaszkownicy lecz kawałek odpowiadający długości i wielkości zwężenia. Kawałki te za pomocą śruby przymocowuje się silnie do cienkiego, miękkiego (czarnego francuskiego) zgłębnika a dla pewności przeprowadził jeszcze przez blaszkownicę nitkę jedwabną, wysterczającą przez usta, za pomocą któréj możnaby w razie oddzielenia się od zgłębnika kawałka blaszkownicy ten ostatni wyciągnąć, co się jednak S. ani razu nie zdarzyło. Dla lżejszego wprowadzenia zgłębnika opatruje go mandrynem. Po wyjęciu kawałka blaszkownicy, który na gładkości powierzchni prawie nic nie stracił, obmywa go wodą, odraża w 5% kwasie karbolowym albo 1‰ sublimatu a po wysuszeniu można go znowu użyć. Najważniejszą rzeczą przy tym zgłębniku i jego zaletą przed stoczkami dotychczas używanemi jest, że można i należy wybrać przekrój, który bez użycia siły można wprowadzić do zwężenia, w którem dopiero powoli pęcznieje, a więc nadzwyczaj ostrożnie rozszerza. Przed wprowadzeniem macza blaszkownicę w wodzie (nie w oliwie). Już po kwadransie a na pewne po pół godz. jest ona dostatecznie napęczniałą. Dłużéj nie radzi zostawiać zgłębnika, gdyż wtedy wyciąganie jest trudniejsze, ściany zwężenia zbyt mocnego doznają zadrażnienia, a chory doznaje bolesnego uczucia ucisku. S. leczył tym zgłębnikiem 17-stu chorych, z których ci, którzy przez dłuższy czas w jego spostrzeganiu pozostawali, doznali znacznego polepszenia. Najodpowiedniejsze przypadki do tego leczenia są te zwężenia, które nie polegają na tle złośliwem, więc zwężenia bliznowate. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 28).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Veronese: **Przypadek nagłego oślepnięcia przy prawidłowym stanie dna oka.**

64 ro-letni mężczyzna utracił nagle wzrok bez poprzedzających zwiastunów; świadomość była i pozostała niezamąconą, objawów porażenia wcale nie było. Badanie wykazało tylko ogromne ogólne podwyższenie odruchów ścięgnistych a zmniejszenie odruchów skórnych, tony serca jednostajnie głuche, obwodowe tętnice mocno niepodatne, w moczu ślad białka. Poczucie światła zupełnie zniesione, wziernikiem na dnie oka nic szczególnego spostrzedz nie można. Po 8-miu dniach wzrok się poprawił, badanie stoczkiem wykazało, że górna połowa siatkówki była niewrażliwą, podczas gdy obwodowe części dolnéj połowy światło odczuwały. Rozpoznanie: zapalenie mózgu. Leczenie: wstrzykiwania strychniny. Po 25 ciu dniach wypuszczony ze znaczną poprawą. Bystrość wzroku okazywała potem bardzo znaczne wahania, chory skarżył się, że się czuje źle. Po roku doznał porażenia połowiczego po lewéj stronie bez zboczenia czucia, które po trzech tygodniach zupełnie ustąpiło. Chory ciągle uskarżał się na ból głowy i oczu, jego stan psychiczny ciągle pogarszał się, był apatycznym i ciągle skarżącym się. Leczenie za pomocą jodku potasu pozostało bez skutku. Stan dna oka pozostał niezmiennie prawidłowym, podania chorego co do bystrości wzroku były bardzo zmienne. Po 7-miu miesiącach doznał ponownego napadu udarowego, a po 6 cio-tygodniowem konaniu śmierć w najgłębszéj śpiączce. W ostatnich dwóch tygodniach chory stale gorączkował, tętno i oddech przedstawiały w ostatnim czasie ciekawe objawy. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono opony miękkie mózgu tak na powierzchni mózgowéj, jak i zwróconéj ku błonie twardéj pokryte grubą warstwą gęstéj, ciemno-zielonéj ropy, któréj wypłynęło 6—8 łyżek, rówki były całkiem ropą wypełnione a szczególnie silnie była ropa nagromadzona w tylnym dołku czaszkowym. Opona pajęcza była włóknisto zgrubiała, niepodatna, łatwo ściągnąć się dająca. Mózg zanikły. W lewéj komorze bocznéj na powierzchni wzgórka wzrokowego zgnieciony, wybroczynowy torbiel wielkości orzecha, o treści gęstéj, rdzawo zabarwionéj. Tylko powierzchowne warstwy wzgórka wzrokowego były rozmiękczone, w komórkach bocznych płyn ropny krwawo-zabarwiony, nerwy wzrokowe, *chiasma*, *tractus* prawidłowego wejrzenia. Rozpoznanie: *Leptomeningitis chronica*. Chory był w wysokim stopniu dziedzicznie obciążonym i skłonnym do chorób układu nerwowego. (*D. m. W.* 1889, Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Choroby uszne.

Gradenigo (Padwa): **Liszaj żrący ucha środkowego i wewnętrznego.**

W przypadku liszaja żrącego gardła G. miał sposobność spostrzegania uszkodzeń liszajowych i w narządzie słuchowym. G. zbadał anatomicznie i histologicznie kość skroniową chłopca 14-letniego, który umarł z powodu rozsianéj prze-

wlekłéj gruźlicy płuc. Nowotwór zajął małżowinę prawą, skórę i błonę śluzową nosa, skórę warg, błonę śluzową twardego i miękkiego podniebienia, języka, krtani, gardła, trąbkę Eustachiusza i ucho środkowe i wewnętrzne lewe. Światło przewodu usznego po lewéj stronie prawidłowe, przyskórek dobrze utrzymany, głębsze warstwy skóry, szczególnie w chrząstkowéj części przewodu były miernie tkanką granulacyjną nacieklé. Błona bębenkowa zniszczona, jama bęb. napełniona tkanką składającą się z komórek okrągłych wśród skąpo rozwiniętéj istoty międzykomórkowéj. Młotka zupełny brak, resztki trzonu i długiego wyrostka kowadełka utrzymane. Strzemię było wścielone w tkankę napełniającą zagłębienie okienka jajowatego i nie posiadało ani śladu swéj główki ani stawu. Napinacz błon. bębenk. n. twarzowy i n. Jacobsona są silnie nacieklé. Struny bębenkowéj (*chorda tympani)* w jéj przebiegu wśródbębenkowym niema. Ściany kostne jamy bębenkowéj i jam pobocznych wyrostka sutkowego jak również resztki kostek słuchowych są mocno nadgryzione i nadżarte. Nowotwór z środkowego do wewnętrznego ucha dostał się drogą trojaką: 1) drogą okrągłego okienka po przebiciu bł. bębenk. wtórnéj (*membrana tympani secundaria)*; 2) drogą owalnego okienka za pomocą dolnéj części płytki strzemionka, która ku przedsionkowi zwichnęła się z częściowem zniszczeniem wiązadła pierścionowatego; 3) nareszcie przez kostne ściany kanału Fallopii, które również były nadżarte. (*Allgem. med. Ztg.* 1888). *Dr. R. Spira.*

Położnictwo.

Ahlfeld: Wyniki antiseptyki w położnictwie. Przyczynek do statystyki chorobliwości w klinikach położniczych.

Autor przytacza cyfry ze sprawozdań 8 klinik położniczych, w których stosowano ścisłą antiseptykę. Z tych sprawozdań wynika, że procent położnic zdrowych t. j. takich, u których ciepłota nie podnosiła się wyżéj nad 38°—38·2°, waha się między 64%—78%. W insbrukskiéj zaś klinice, któréj urządzenie niczem nie różni się od innych, procent jest 93·1—99·4%. (*Centralblatt f. Gynäkologie*, Nr. 46). *A. W.*

V. Uroczyste otwarcie nowego gmachu kliniki chirurgicznéj Uniw. Jagiell.

odbyło się według ogłoszonego programu w sobotę dnia 5 b. m. o godzinie 9-téj rano. Po nabożeństwie, celebrowanem przez księcia Biskupa krakowskiego, na którem obecni byli reprezentanci władz rządowych z pp. Ministrem Oświecenia i Namiestnikiem na czele, profesorowie Uniwersytetu i młodzież akademicka, zgromadzeni udali się do nowego gmachu, ozdobionego chorągwiami o barwach państwa i kraju; p. inżynier starszy Sare, autor planów gmachu, wręczył klucz rektorowi, książe Biskup poświęcił budynek, poczem w pięknéj i obszernéj sali klinicznéj na estradzie zasiadł książe Biskup oraz pp. Minister i Namiestnik, a salę szczelnie wypełnili goście, profesorowie i młodzież. Po przemówieniu księcia Biskupa odezwał się JE. p. Minister Gautsch w następujące słowa:

Pozwól Wasza książęco-biskupia Mość, abym wyraził najpokorniejsze dzięki za słowa powitania, które Wasza Ekscelencyja do mnie byłeś łaskaw zwrócić.

Z szczerą radością przyjąłem zaproszenie J. Magnificencyi Rektora do wzięcia udziału w otwarciu kliniki chirurgicznéj.

C. k. Uniwersytet Jagielloński posiada obecnie odpowiadający wszelkim wymaganiom teraźniejszości instytut chirurgiczny, piękny i dobrze urządzony zakład, może jedyny, który w całéj swéj obszerności przeznaczony służyć interesom akademickim tak, że spełnione są wszelkie przypuszczenia, aby tu stworzyć znakomitą hodowlę nauki lekarskiéj, a zarazem zakład humanitarnéj opieki nad chorymi.

Przed nieco więcéj niż dwoma laty obchodził uroczyście Uniwersytet krakowski poświęcenie swego głównego gmachu, a teraz ukończonym jest jeden z najważniejszych instytutów Wydziału lekarskiego.

Mam silne przekonanie, że jak właśnie W. książęco-biskupia Mość wyraziłeś, poparcie wszechstronne, udzielone Uniwersytetowi z najwyższéj łaski JC. Mości i przez konstytucyjne dostarczenie żądanych przez rząd środków, w całéj pełni zostanie ocenionem i że szczególnie uczniowie téj szkoły głównéj usiłować będą pod kierunkiem znakomitych nauczycieli nabyć tu podstawy wiedzy i umiejętności, które przeznaczone są uczynić ich pożytecznymi dla dobra ojczyzny i cierpiącéj ludzkości.

Pozwalam sobie dodać, że w obowiązkowéj opiece nad szkołami głównemi żywe poświęcam zajęcie téj starożytnéj szkole głównéj, któréj mienię się z dumą honorowym Doktorem i że w końcu zarząd nauk pragnie przyczynić się, aby Uniwersytet sławne swe imię utrzymał i zachował.

Rektor prof. Dr. Korczyński zaczął zwrócony do JE. p. ministra Gautscha od tych słów:

(Po niemiecku). Ekscelencyjo! W téj tak uroczystéj dla naszego Uniwersytetu chwili, jako teraźniejszy rektor uważam za miły obowiązek wyrazić W. Ekscelencyi imieniem prastaréj naszéj wszechnicy najgłębsze podziękowanie za to, iż Ekscelencyja pomimo licznych i tak ważnych zajęć nie omieszkałeś zaszczycić i uświetnić inauguracyję naszego nowego instytutu swoją obecnością. Wszak gmach ten będący już na ukończeniu zawdzięczamy przeważnie W. Ekscelencyi; przyjmij zatem łaskawie najszczersze nasze podziękowanie za wspaniały podarek, który w téj chwili właśnie przekazany został na pożytek i korzyść naszéj wszechnicy. Uniwersytet nasz zachowuje z wdzięcznością w pamięci wszystkie dobrodziejstwa, których doznał; i tym razem zaliczy W. Ekscelencyję do rzędu swych dobroczyńców.

Łaskawe uznanie naszych starań i zachęta do dalszych trudów ku dobru monarchii i naszego kraju, które W. Ekscelencyja w téj chwili wyraziłeś, są nam dowodem wysokiéj przychylności, którą w zupełności potrafimy ocenić i zawsze będziemy szanowali.

Zechciéj Ekscelencyjo być u najukochańszego naszego Cesarza i Króla zawsze tłómaczem naszych uczuć najgłębszéj wdzięczności, bezgranicznego uszanowania i przywiązania do naszego dobrego i sprawiedliwego Władcy; sam zaś zechciéj przyjąć zapewnienie, iż cieszymy się, że los naszego Uniwersytetu spoczywa w rękach takiego doradcy J. Ces. Mości, jakim jest W. Ekscelencyja.

Przychylności teraźniejszego wysokiego rządu zawdzięczamy już wiele, lecz jeszcze wiele próśb będziemy zmuszeni zanieść. Budowę patologicznego instytutu, instytuty dla chemii medycznéj i fizyjologii, założenie wydziału rolniczego, tudzież rozszerzenie naszéj biblijoteki uniwersyteckiéj polecamy troskliwości W. Ekscelencyi, jako wypróbowanemu dobrodziejowi naszéj wszechnicy.

Jeszcze raz wyrażam najgłębsze podziękowanie za wszystko dobre, cośmy osiągnęli, wraz z prośbą, abyś W. Ekscelencyja i nadal zachował dla nas swą przychylność.

(Po polsku). Mość Książe Biskupie. Składam Ci serdeczne podziękowanie imieniem naszéj szkoły Jagiel., że raczyłeś dokonać osobiście aktu poświęcenia naszego nowego Zakładu. Niech Jego Książęca Mość będzie przekonany, że wysoko cenimy każdy objaw życzliwości z Jego strony Uniwersytetowi naszemu okazany i że czcimy w Jego książęco-biskupiéj Mości następcę dawniejszych kanclerzy Uniwersytetu, z których tak wielu obok troski o dobro szkoły Jagiellońskiéj zaznaczyło swe imiona złotemi głoskami w dziejach naszego narodu, przodując w nauce, w postępie, w senacie i w radzie koronnéj. Tą tradycyją wiedzeni pragniemy tylko podwoić cześć i poważanie dla stolicy biskupiéj, którą tak godnie piastujesz i otaczać pragniemy Waszą książęcą biskupią Mość zawsze najgłębszym szacunkiem, chcąc w ten sposób nietylko oddać cześć Twoim osobistym zaletom duszy i serca, ale zarazem zaznaczyć, że obecni kierownicy naszéj prastaréj szkoły nie wyparli się obyczajów i przekonań swych poprzedników.

Panowie! Gmach kliniki chirurgicznéj przed chwilą przez Jego książęco-biskupią Mość poświęcony, zawdzięcza swoje powstanie łasce Wysokiego Rządu. Jego Ekscellencyi obecnemu tu p. Ministrowi oświaty podziękowałem już za jego dla naszéj szkoły życzliwą opiekę, polecając ten nasz skarb narodowy jego dalszym łaskawym względom. Z kolei podziękować muszę serdecznie imieniem Uniwersytetu p. ministrowi skarbu JE. Drowi Dunajewskiemu, byłemu mistrzowi i rektorowi téj szkoły, który i na tem wysokiem stanowisku, jakie obecnie piastuje, składa dowody trwałéj miłości naszego Uniwersytetu i który na każdym

kroku i przy każdéj sposobności dba o dobro téj instytucyi. Tylko jego przychylnéj łaskawości dla téj prastaréj szkoły mamy do zawdzięczenia, że znalazły się fundusze nietylko na wybudowanie samego gmachu, ale i na wspaniałe urządzenie wewnętrzne takowego i na zaprowadzenie tych wszystkich przyborów i ulepszeń, które wskazuje tak szybki w ostatnich czasach postęp chirurgii. Uczynią one z nowéj kliniki chirurgicznéj nietylko wzorowy zakład naukowy, ale i ożywcze źródło zdrowia dla tylu nieszczęśliwych chorych. Nowa klinika wolna od wad i niedostatków przyniesie nietylko bezpośrednią korzyść nauce i Uniwersytetowi, ale jako zakład leczniczy spełniać będzie z korzyścią dla społeczeństwa swe zadanie humanitarne.

Jak we wszystkich sprawach dotyczących naszéj szkoły głównéj, tak i w budowie nowéj kliniki chirurgicznéj doznawaliśmy szczerego i skutecznego poparcia ze strony J. E. p. Namiestnika hr. Badeniego i ze strony podwładnych mu władz administracyjnych. Spełniam więc tylko miły obowiązek składając Jego Ekscelencyi imieniem Uniwersytetu najgłębsze podziękowanie za Jego dla naszéj szkoły głównéj okazywaną laskawość.

Strona techniczna budowy powierzoną została p. nadinżynierowi Saaremu, temu samemu, który z zadania swego z uszczerbkiem sił i zdrowia wywiązuje się zawsze jak najchlubniej, a który z zamiłowaniem szczególnem traktuje zawsze wszystko to, co dotyczy gmachów uniwersyteckich. Tak za mozolne a umiejętne sporządzenie planów, jakoteż za gorliwą opiekę nad budową gmachu, składam mu niniejszem publiczne podziękowanie.

Mości Panowie! Wobec faktów, zapowiadających naszym klinikom lepszą przyszłość, warto zajrzeć do ich przeszłości. Otóż nasze kliniki należą do najstarszych w Europie środkowéj. Nauka medycyny praktycznéj przez szereg wieków ograniczała się tylko do wykładów teoretycznych *ex cathedra* bez żadnych demonstracyj praktycznych na chorych. Pierwszy zawiązek klinik datuje się z r. 1578, gdy w Uniwersytecie padewskim polecono dwom lekarzom szpitalnym Bottoniemu i Markowi degli Oddi, by miewali wykłady przy łóżku chorego. Za przykładem Uniwersytetu padewskiego poszły także Uniwersytety w Pawii i Genui. Wkrótce jednak zaniechano téj innowacyi, gdyż mniemano, że wykłady praktyczne zanadto odstręczają uczniów od wykładów teoretycznych. Natomiast pozwolono profesorom praktycznych gałęzi medycyny, by im towarzyszyli uczniowie w wykonywaniu praktyki prywatnéj po domach. Ten sposób uprawiania medycyny praktycznéj, wykluczając praktykę kliniczną, utrzymywał się we wielu Uniwersytetach włoskich i niemieckich. Dopiero z końcem XVII. wieku wznowiono w Holandyi instytucyję stałych klinik uniwersyteckich, a mianowicie urządzono klinikę w Leodium, która pod kierownictwem Sylwiusza i Boerhaawego nabrała powszechnéj sławy. Kliniki niemieckie i austryjackie powstały znacznie póżniéj, i tak: Klinika wiedeńska w roku 1753, getyngska w r. 1780, berlińska dopiero w r. 1798, a klinika w Gryfii zaledwie w r. 1825.

Wobec tego z chlubą dla naszych dziejów oświaty narodowéj powiedzieć możemy, że pierwszy zawiązek naszych klinik a więc i kliniki chirurgicznéj datuje się jeszcze z roku 1778. W tym to roku głównie staraniem jednego z moich poprzedników na katedrze praktyki lekarskiéj, profesora Badurskiego, komisyja edukacyjna Królestwa polskiego, któréj przewodniczył prymas książę Michał Poniatowski, urządziła w gmachu pojezuickim przy kościele św. Barbary szpitalik akademicki o trzech łóżkach, wyłącznie do praktyki lekarskiéj przeznaczony; fundusz zakładowy wynoszący 300 dukatów wzrósł wkrótce drogą dobrowolnych składek do poważnéj na owe czasy sumy 120 tysięcy złp., a liczbę łóżek powiększono wkrótce do 12. Dalsze losy klinik krakowskich zapowiadały się świetnie. Już w dwa lata potem, t. j. w r. 1780 rozporządzeniem komisyi edukacyjnéj cały klasztor Karmelitów bosych pod wezwaniem św. Łazarza wraz z wszystkiemi zabudowaniami i folwarkami przeznaczony został na szpital akademicki. Kierownictwo szpitala oddano profesorom Wydziału lekarskiego, a do bezpłatnego leczenia chorych i do uprawy nauki przeznaczono hojne fundusze. Ten okres świetności klinik trwał jednak krótko. Z chwilą zagłady bytu państwowego zaczyna się upadek naszych klinik, a z właścicieli szpitala i jego funduszów stają się one tylko lichymi komornikami. Mimo zarządzeń komisyi organizującéj rzeczpospolitą krakowską, stosunek klinik do szpitala stawał się coraz bardziéj niemożliwym. Głównie staraniem jednego z moich antecesorów na katedrze, prof. Brodowicza, zostały one przeniesione w roku 1827 do własnego gmachu, tego samego, w którym obecnie mieści się klinika lekarska i gdzie dotąd pomieszczona była klinika chirurgiczna. Zarządzenie to odpowiadało istotnie ówczesnym potrzebom klinik. W miarę jednak postępu nauk lekarskich i zwiększania się liczby uczniów pojawiały się coraz większe niedogodności, które w ostatnich latach doszły do swego szczytu. To też od roku 1858 Uniwersytet nasz nie przestawał kołatać u Wysokiego Rządu o budowę nowych gmachów klinicznych.

Prośby Uniwersytetu zostały ostatecznie wysłuchane dopiero przez Jego Ekscelencyję obecnego tu pana Ministra Oświaty. Obecnie budowa kliniki chirurgicznéj stała się faktem dokonanym. Oddaję ją niniejszem Wydziałowi lekarskiemu do użytku i to w ręce Twoje Panie Dziekanie Wydziału lekarskiego, ze szczerem życzeniem, by w niéj krzewiła się daléj nauka ku pożytkowi uniwersytetu, państwa, narodu i z życzeniem, by jéj kierownicy w jak najpóźniejsze czasy uprawiali naukę chirurgii jeszcze skuteczniéj, jak to czynili ich poprzednicy, z których tu tylko Rusta i Bierkowskiego, jako najsławniejszych wymieniam.

Z dniem dzisiejszym rozpoczyna się nowa era dla naszych zakładów klinicznych. Zapisujemy ją radośnie w dziejach naszego Uniwersytetu, który pod rządem obecnych doradców korony zyskuje coraz lepsze warunki rozwoju. Te dobrodziejstwa spływają na naszą prastarą szkołę Jagiellońską pod berłem najłaskawiéj nam panującego Monarchy. To też sercem przejętem najgłębszą czcią i wdzięcznością wnoszę okrzyk: Nasz najmiłościwszy Cesarz i Król Jego Apostolska Mość Franciszek Józef I niech żyje.

Okrzyk na cześć N. Pana powtórzony został z zapałem po trzykroć przez zebranych. Muzyka wojskowa 13 pułku odegrała hymn ludowy, którego obecni stojąc wysłuchali.

Oddany sobie gmach kliniki przez rektora prof. Dra Korczyńskiego oddał dziekan Wydziału lekarskiego prof. Dr. Łazarski w ręce prof. Dra Rydygiera.

Prof. Dr. Rydygier przemówił, jak następuje:

(Po polsku). Z prawdziwą wdzięcznością przyjmuję z rąk Twoich, Szanowny Panie Dziekanie, nowy ten przybytek nauki polskiéj. Pozwólcie Panowie, że i ja, który bezpośrednio i tak często od jego Ekscelencyi Pana ministra Gantscha doznawałem poparcia, podziękuję mu krótkiemi słowy w języku Jemu zrozumiałym.

(Po niemiecku). Ekscelencyjo! Wyraziwszy z całego serca wdzięczność naszą dla Jego Ces. i Król. Mości, uważam za potrzebę mego serca jeszcze raz i z mojéj strony wyrazić Waszéj Ekscelencyi najszczersze i najgłębsze moje podziękowanie za szczególną dobroć i troskliwość, któréj dowodów sam tak często doznawałem podczas budowy tego gmachu. Niejednokrotnie byłem zmuszony podczas trwania budowy prosić Waszéj Ekscelencyi o udzielenie swego przyzwolenia i zawsze doznawałem łaskawego przyjęcia i gotowości. Tłoskliwość swoją posunąłeś W. Ekscelencyjo do tego stopnia, iż otrzymaliśmy nie tylko to, co było niezbędnie potrzebnem, lecz osiągnęliśmy, że zakład ten ozdobiony i zaopatrzony jest we wszystko, czego nauka w bieżącéj chwili używa jako środków popierających jéj rozwój. Dzięki szczególnéj Pańskiéj dobroci otrzymaliśmy prócz elektrycznego oświetlenia, sali operacyjnéj, aparaty do projekcyi przedmiotów mikroskopijnych, mamy żelazną konstrukcyję ławek, a nadto otrzymaliśmy specyjalny gmach dla doświadczeń z urządzeniem dla bakterijologicznych badań — wszystko to rzeczy, jakich nie posiadają dotąd inne kliuiki austryjackie, a których nawet nie mają najnowsze kliniki zagraniczne. Z dumą możemy powiedzieć otwarcie: Są wprawdzie większe kliniki, lecz lepiéj urządzonych niema. I wszystko to zawdzięczamy życzliwości i szczególnéj troskliwości W. Ekscelencyi! Jakżebym wobec tego nie miał wyrazić W. Ekscelencyi mego osobnego, najszczerszego podziękowania — ja, który w pierwszéj linii korzystać będę z tych dobrodziejstw.

(Po polsku). Nie mniejszą atoli wdzięczność winien jestem Tobie Ekscelencyjo, Panie Namiestniku, pod którego rządem gmach ten przepyszny stanął. Nie dość, że z całą gotowością przychylałeś się zawsze do próśb naszych, ale z pieczołowitością prawdziwie życzliwego orędownika dopytywałeś się nieraz, czego nam jeszcze potrzeba. Ileż to razy na ustne nasze przedstawienia i prośby raczyłeś Ekscelencyjo w najkrótszéj drodze

rozstrzygać sprawy dla nas naglące i tylko dzięki takiemu Twojemu postępowaniu stało się możliwem, że dziś już ten gmach poświęcony. A jeżeli niekiedy w wykonaniu tego dzieła nastręczały się jakie trudności, popierałeś Ekscelencyjo ze znaną Twoją energiją słuszne nasze życzenia i doprowadzałeś je do pożądanego skutku. Jak znakomicie ułatwiłeś nam Ekscelencyjo urządzenie wewnętrzne tego domu, w sposób najlepszy i najspieszniejszy, zwalniając nas z uciążliwych formalności i powierzając nam załatwienie téj sprawy we własnym zarządzie. To też serdeczne Bóg zapłać składamy Tobie Ekscelencyjo wszyscy tu obecni w imieniu naszem i nauki naszéj.

Wspomnieć winienem też o tych z moich poprzedników, którzy zasługi położyli, czyniąc starania o wzniesienie nowéj kliniki. Już ś. p. prof. Bryk upominał się o godniejszy przybytek dla chirurgii, a prawdziwe zasługi w téj mierze położył bezpośredni mój poprzednik prof. Mikulicz, któremu się za to publiczne podziękowanie należy.

Nie wiele więcéj, jak rok temu, poświęcaliśmy kamień węgielny, a dziś już stanął cały gmach gotowy.

By mistrza chwała
W dziele zabrzmiała
Czoło potem zrosić trzeba...

I rzeczywiście polał się pot obficie, a kto go najwięcéj wylewał — wszyscy tu wiemy, ale najlepiéj ocenić mogę ja sam, który przez kilkanaście miesięcy byłem świadkiem tych starań, tych niezmordowanych, daleko po za granicę i najgorliwszego pojęcia obowiązku sięgających zabiegów. Wyznaję i głoszę to otwarcie, iż co do wykonania prac głownie starszemu inżynierowi panu Saaremu zawdzięczamy, że dziś ten gmach stoi już gotowy — jego pracy podejmowanéj niestety nawet z uszczerbkiem zdrowia. Tobie to, Szanowny Panie, winniśmy w znacznéj części, że tak prędko opuściliśmy tamto pod każdym względem nieodpowiednie schronisko i nowy rok szkolny rozpoczynamy w nowéj klinice.

. . . . O pomyślność błagać nieba . . . . kończy poeta. I my w końcu, gdy dzieło stanęło gotowe, uprosiliśmy Ciebie, Ekscelencyjo, najdostojniejszy Książę Biskupie, żebyś ubłagał nam tę pomyślność i błogosławieństwo Nieba. Jako gospodarz tego domu składam Waszéj Ekscelencyi najgłębsze to podziękowanie, czując to dobrze, że tu więcéj niż gdzieindziéj potrzeba nam tego błogosławieństwa; tu, w tym domu, gdzie tak często chorzy, zagrożeni niebezpieczeństwem życia, szukać będą ratunku; tu, gdzie to życie nieraz w całem tego słowa znaczeniu spoczywać będzie na ostrzu noża. A jakkolwiek dziś nie zrzucamy już z siebie całéj odpowiedzialności, jak niegdyś Paré mówiąc: *Je vous ai operé, Dieu vous guerira*, to niemniéj przecież niezbędne nam to błogosławieństwo, za które z głębi serca pochodzące dzięki racz przyjąć najdostojniejszy Książę Biskupie.

I otóż gotów ten gmach przepyszny. Wzniosły jego cel da się wyrazić w krótkiem zdaniu, jakie błyszczało złotemi literami nad kliniką, gdzie rozpocząłem swoje nauki lekarskie: *Aegrotis curandis, medicis instituendis*. W krótkich tych słowach zawarte też nasze zadanie, Młodzieży ukochana; nasz obowiązek, jaki dziś na nas wkładają, oddając nam ten nowy, a wspaniały przybytek. Od nas zależy, jakie tu życie zawrze; od nas zależy, czy tylko te mury pyszne stać będą w pierwszym rzędzie gmachów europejskich, czy też pracą naszą i nauką zdobędziemy zakładowi temu polskiemu i polskiéj nauce chirurgii miejsce w pierwszych szeregach.

Co do mnie, przyrzekam uroczyście, otoczony gronem dzielnych asystentów, że praca około nauki i nauczania będzie w tak wspaniale urządzonym gmachu dla mnie prawdziwą przyjemnością, że starać się będę dopomagać — o ile słabych sił moich — żeby chirurgia polska zajęła poczesne stanowisko w powszechnym ruchu naukowym. W jaki sposób ten cel osiągnąć zamyślam, nie potrzebuję powtarzać, wypowiedziałem to niedawno, obejmując katedrę.

Szczęśliwym będę, jeżeli własnym przykładem, własnem zamiłowaniem rozbudzić zdołam w Panach taki zapał do nauki naszéj, żebyście zawsze z największą radością dążyli tu do tego gmachu po wiedzę, po naukę chirurgii, tyle każdemu lekarzowi potrzebną, a dziś może nawet jeszcze więcéj potrzebną niż zwykle. Pamiętajmy, żeby i do nas, w danym razie, można zastosować dawne słowo o znaczeniu chirurga w takich przypadkach: *Patent certantibus campi, jam corpora procumbunt, humi truncata membra late dispersa sternuntur; manat undique cruor; salus una restat moribundis; vocant hominis amicum: Ecce chirurgus.*

Szereg mów zakończył uczeń V roku medycyny p. Wachholz, podziękowawszy imieniem młodzieży za gmach JE. p. ministrowi i JE. p. Namiestnikowi.

Odczytał następnie akt fundacyjny Dr. Bossowski, a na akcie położył pierwszy podpis Książę Biskup krakowski, potem JEks. p. minister Dr. Gautsch, JE. p. Namiestnik i szereg zaproszonych osób.

P. Minister zwiedził następnie gmach wraz z JE. p. Namiestnikiem. Oprowadzał ich prof. Dr. Rydygier i p. nadinżynier Sare, któremu kilkakrotnie wypowiedział p. minister wyrazy uznania za plany i przeprowadzenie budowy kliniki. — Podczas zwiedzania gmachu przygrywała muzyka 13-go pułku.

O godz. wpół do 12-téj opuścił JE. p. minister klinikę w towarzystwie JE. p. Namiestnika.

Opis kliniki nowéj podamy późniéj.

Z pierwszego Zjazdu międzynarodowego fizyjologów.

W dniach 10, 11, 12 ubiegłego miesiąca odbył się w Bazylei pierwszy międzynarodowy Zjazd fizyjologów. Myśl urządzenia Zjazdu powstała w fizyjologicznem Towarzystwie londyńskiem jeszcze w r. 1887. Komisyja, wybrana z łona Towarzystwa rozesłała w r. 1887 zapytania względem Zjazdu do wszystkich fizyjologów i otrzymawszy znaczną liczbę przychylnych zdań, zaproponowała w r. zeszłym urządzenie prowizorycznego Zjazdu w Bernie w celu ukonstytuowania komitetu gospodarczego i wyboru delegatów dla pojedynczych państw. Zjazd ten rzeczywiście przyszedł do skutku; komitet i delegaci zostali wybrani. Lecz czy to wskutek tego, że inicyatywa Zjazdu wyszła ze strony Anglików, czy też wskutek innych powodów, z jednéj strony pewna część fizyjologów była niezupełnie przychylnie usposobiona dla Zjazdu, z drugiéj pisma medyczne i nawet specyjalne fizyjologiczne zachowywały nadzwyczajną wstrzemięźliwość w podawaniu wiadomości o mającym się odbyć Zjeździe, tak że jeszcze w drodze do Bazylei nie byłem pewny, czy Zjazd przyjdzie do skutku, czy też nie.

Ponieważ jednak zasadniczych przeszkód nie było, więc pomimo, iż pewna część fizyjologów powstrzymała się od wzięcia udziału, Zjazd przyszedł do skutku. Atoli jest rzeczą godną zanotowania, że w liczbie nieobecnych byli wszyscy prawie starsi fizyjologowie niemieccy i francuscy, jeżeli tak można nazwać, Ojcowie odrębnych szkół fizyjologicznych, jak n. p. du Bois Reymond, Ludwig, Pflüger, Brücke, Marey etc.

Pierwsze posiedzenie Zjazdu rozpoczęło się o godzinie $8\frac{1}{2}$ dnia 10 września w sali posiedzeń głównéj Rady Stanu. Zagaił posiedzenie prof. fizyjologii w Bazylei Dr. Miescher przemową, w któréj podnosząc znaczenie w ogóle Zjazdów fachowych dla postępu téj lub innéj gałęzi wiedzy, wypowiedział nadzieję, że i Zjazdy fizyjologów przyczynią się z pewnością w przyszłości do prędszego i lepszego załatwienia niejednéj z ważnych kwestyj biologicznych; w końcu składał podziękowanie zebranym członkom za zaszczyt, który widzi dla siebie i swego Uniwersytetu w wyborze Bazylei na miejsce Zjazdu. Następnie mówił Dr. Zutt w imieniu Rządu Stanu i prof. Foster w imieniu zebranych członków Zjazdu. Po załatwieniu kilku formalnych kwestyj, jakoto wyboru przewodniczących przyszłych posiedzeń, wyboru sekretarzy, rozpoczęto właściwą naukową czynność Zjazdu odczytem prof. Hisa o rezultatach nowych badań, dotyczących anatomii mikroskopowéj mózgu, względnie rdzenia. W odczycie tym autor starał się udowodnić na podstawie mikroskopowych obrazów, otrzymanych z mózgów i rdzeniów zarodków w rozmaitych okresach rozwoju, że przyjęte przez większość fizyjologów zapatrywania Gerlacha nie są słuszne, że w ogóle tak zwana sieć Gerlachowska w szaréj istocie nie istnieje. W tym samym czasie sekretarze rozdali uczestnikom program zajęć Zjazdu. Z programu tego można było widzieć, że ilość zapowiedzianych odczytów była dość znaczna, lecz że zarazem wszystkie odczyty bez wyjątku dotyczyły tylko rozmaitych specyjalnych kwestyj fizyjologicznych. Z przykrością przekonałem się, że nie zapowiedziano ża-

dnego odczytu treści ogólniejszéj, mającego n. p. na względzie krytykę tego lub owego kierunku, tych lub innych metod, używanych obecnie w fizyjologii, ocenę ich wartości lub nakoniec wytyczenie nowych punktów dla przyszłych badań i t. p. Niewątpliwie, że odczyty podobnéj treści, noszące charakter bardziéj filozoficzny, byłyby nietylko więcéj zajmujące, lecz zarazem przyniosłyby i więcéj pożytku, aniżeli drobnostkowe wyłuszczanie otrzymanych w tym lub innym kierunku wyników, a to z tego względu, że przez krytykę mogłyby się przyczynić do skierowania i utrzymania umysłów badaczy, osobliwie młodszéj generacyi, na torach ściśle naukowych. Nikt bowiem nie zaprzeczy, że każdy badacz winien wciąż się liczyć z tą filozoficzną stroną swojéj nauki, pracując nad pewną specyjalną grupą stosunków, wciąż mieć na względzie całość, tę całość stosunków w danéj dziedzinie mieć zawsze w polu jasnego widzenia, gdyż w przeciwnym razie można bardzo łatwo wpaść w jednostronność i zmarnować czas na badania bez rezultatów. Liczyłem, że niewątpliwie ojcowie nowoczesnéj fizyjologii zechcą w ten sposób wpłynąć na umysły młodszych adeptów téj nauki, zechcą przyczynić się do wyrobienia w téj młodszéj generacyi więcéj krytycznego, więcéj przedmiotowego zapatrywania na zjawiska bijologiczne. Lecz program, jak już nadmieniłem wyżéj, rozwiał te nadzieje. Miałem przed sobą długi szereg drobnych i najdrobniejszych przyczynków do najrozmaitszych kwestyj. Wobec tego musiałem zrezygnować z zamiaru przedstawienia rodakom szczegółowego referatu z prac Zjazdu, tem bardziéj, że według uchwały powziętej zaraz na wstępie na 1-em posiedzeniu, odczyty miały trwać najdłużéj min. 15, prelegenci więc zmuszeni byli wykładać możliwie krótko i rozpoczynać niekiedy od osobistych doświadczeń, tak iż w referacie, przeznaczonym dla szerszéj publiczności lekarskiéj, niezbędneby były wstępne wyjaśnienia. Gdy nadto dowiedziałem się od prof. G a d a, że treść odczytów Zjazdu będzie podana w „Centralblatt für Physiologie“, a tem samem stanie się dostępną dla wszystkich pism lekarskich, postanowiłem ograniczyć się w swojem sprawozdaniu tylko do kilku prac takich, które zwracały na siebie większą uwagę.

Pierwszą z takich była praca Heidenhaina o powstawaniu limfy, wygłoszona na pierwszem posiedzeniu. Wprowadzając do krwi zwierzęcia cukier, peptony i inne istoty, i otrzymując limfę z przewodu piersiowego limfatycznego (*duct. thoracicus*), autor zauważył, iż istoty te bardzo szybko pojawiały się w limfie i po upływie pewnego czasu zawierały się w niéj w znacznie wyższym stosunku, aniżeli we krwi. Ponieważ fakt ten został wielokrotnie stwierdzony, ponieważ istniejące zapatrywania na limfę, jako przesącz osocza krwi, nie pozwalały wytłómaczyć tego zjawiska, przeto autor był zmuszony przyjąć hypotezę, że śródbłonek w naczyniach włosowatych jest właściwie śródbłonkiem g r u c z o ł o w y m, posiadającym własność podobną do przybłonka nerek, a mianowicie własność wyprowadzania ze krwi pewnych nie prawidłowych składników w przestrzenie limfatyczne. Rozprawa ta wywołała dość ożywioną dyskusyję, w któréj zasługują na uwagę wątpliwości podniesione przez F i c k a i przez R o s e n t h a l a. Pierwszy, wychodząc z zasady, że wszelkie funkcyje fizyjologiczne są zwykle celowe, oświadczył, że w danym przypadku wprost nie może upatrzeć żadnéj racyi w tak szybkiem usuwaniu ze krwi wymienionych istot do przestrzeni limfatycznych i kanału limfatycznego, skąd limfa znowu wnosi te same istoty do krwi; znajduje, że byłaby to praca Danaid, któréj przykładu w organizmie nie widzi. R o s e n t h a l upatruje przyczynę usuwania cukru i peptonów ze krwi do przestrzeni limfatycznych wprost w składnikach anatomicznych tkanek; sądzi, iż istnieje więcéj podstaw do przypuszczenia, że same tkanki posiadają tę wyborczą własność, jak n. p. protoplazma mięśni, gruczołów itp., aniżeli do przyjęcia nowych własności śródbłonka, i znajduje że w ten sposób również można wytłómaczyć zwiększoną ilość cukru lub peptonów w limfie w porównaniu do krwi. Zdaje mi się, że tylko jedyny prof. B u n g e, jako zwolennik otwarty neowitalizmu w bijologii, nie miał żadnych wątpliwości co do hypotezy prof. Heidenhaina. Odczyty B o u c h a r d a: o wydzielaniu pewnych trucizn chorobotwórczych w chorobach zakaźnych przez nerki, i M o s s y o znużeniu mięśni, zakończyły 1-sze posiedzenie.

Następne poobiednie posiedzenie rozpoczęło się o $2\frac{1}{2}$ w sali wykładowéj zakładu fizycznego czyli w tak zwanem B e r n o u l l i a n u m Jest to gmach, w którym się mieści zakład chemiczny i fizyczny. Urządzenie zakładu fizycznego może zadośćuczynić najwybredniejszym wymaganiom. On posiada dużą salę wykładową, oświetlaną z góry, i znaczną liczbę mniejszych ubikacyj, rozłożonych na 1-szem piętrze i mających rozmaite specyjalne przeznaczenie. Nie wchodząc w szczegółowy opis całego zakładu. pozwolę sobie zwrócić uwagę na salę wykładową. Siedzenia dla słuchaczy tworzą obszerny amfiteatr, w środku którego ustawione są przyrządy do projekcyi. Prócz lampy elektrycznéj znacznéj siły, która służy do projekcyi, sala posiada 20 lampek Edisona, służących do jéj oświetlenia. Do sali przeprowadzone są z jednéj strony transmisyje od motoru, umieszczonego w suterenach, podobnie jak do innych ubikacyj, z drugiéj rury od zbiornika ze zgęszczonem powietrzem, za pomocą którego zostaje wprawiony w ruch motor, stojący na obszernym stole, służącym do eksperymentów. Naprzeciw amfiteatru, za stołem, znajdują się w ścianie 2 ruchome tablice. Podnosząc te tablice do góry, otrzymujemy otwór, za pomocą którego sala wykładowa pozostaje w komunikacyi z salą sąsiednią, służącą do przygotowania rozmaitych doświadczeń. Otwór ten służy do podawania do sali wykładowéj wszelkich przyrządów i przygotowanych już eksperymentów podczas wykładu. Między tablicami a stołem może być zawieszane obszerne płótno, zwijające się automatycznie pod podłogą i dające się również automatycznie podnosić w razie potrzeby. Płótno to służy do otrzymywania obrazów od przyrządu projekcyjnego. Oczywiście, że wszystkie te urządzenia pokazały się bardzo pożytecznemi i dla posiedzeń fizyjologicznych a byłyby również potrzebne i pożyteczne dla wykładów fizyjologii. Wszelkie bowiem eksperymenta, które miały być okazane, mogły być p zygotowane po za salą, a prelegent, lub asystent, podnosząc tablicę, mógł bardzo łatwo potrzebne przedmioty przenosić na stół i jednocześnie z wykładem demonstrować; doświadczenia zaś drobniejsze mogły być pokazywane za pomocą projekcyi. Z odczytów, wygłoszonych na tem posiedzeniu, oraz z demonstracyj, zasługują na uwagę następujące:

G o l t z: Demonstracyja psa, u którego przed kilku miesiącami wycięto całą lewą półkulę mózgową aż do wzgórków wzrokowych. Podobne zwierzęta od pewnego czasu Goltz pokazuje na każdym zjeździe bądź między narodowym, bądź tylko niemieckim, w celu udowodnienia, że tak zwane psychomotoryczne funkcyje kory mózgowéj właściwie nie istnieją. Rzeczywiście u psa, który w powyższy sposób miał być operowany, pozornie nie można było dostrzedz najmniejszych różnic w ruchach kończyn prawéj i lewéj strony. Ucisk tak prawéj jak lewéj łapki przedniéj lub tylnéj wywoływał oznaki bólu. Jednak przy bardziéj ścisłem badaniu okazało się, że zwierzę chętniéj wykonywa dowolne ruchy lewą łapką, aniżeli prawą; badania zaś, któreśmy prywatnie w kilku przedsiębrali, wykazały, że właściwie wrażliwość dotykowa po prawéj stronie, chociaż nie była zupełnie zniesiona, była w każdym razie znacznie obniżona. Jakkolwiekbądź pies ten z 1 półkulą mózgu sprawiał ogromne wrażenie swemi ruchami i inteligencyją i prof. Goltz otrzymał rzęsiste oklaski. Bezpośrednio po nim prof. fizyjologii w Londynie H o r s l e y i Dr. B e e v o r pokazywali doświadczenia na małpie, u któréj przez podrażnienie pewnych okolic ruchowéj części kory mózgowéj byli w stanie wywołać najdelikatniejsze ruchy nietylko kończyn, ale pojedynczych palców, mięśni twarzy, oczu etc. Doświadczenie to zostawało w sprzeczności z poprzedzającem i dla tego, ażeby usunąć wątpliwość, że ruchy powyższe nie zależały od działania prądów na włókna nerwowe w korze mózgowéj przebiegające, prof. S c h i f f zaproponował zastosować głębszą narkozę: jeżeli ruchy te, jak twierdzili H o r s l e y i B e e v o r, zależały od tych wyobrażeń, tych stanów psychicznych, które były wywoływane przez zadrażnienie komórek kory mózgowéj, to narkoza głęboka, znosząc tę czynność psychiczną komórek, powinna była uniemożliwić wszelkie ruchy, gdy tymczasem włókna nerwowe, które nie tracą przytem swojéj pobudliwości, musiałyby przy zadrażnieniu te same ruchy wywoływać. Doświadczenie wykonane na téj saméj małpie najzupełniéj wypadło na korzyść prelegentów, którzy po-

dobnie jak i Goltz zyskali również obfite oklaski. Z tylko co przytoczonemi odczytami zostaje w bezpośrednim związku odczyt prof. Herzena: o podwójnéj ekstyrpacyi Gyrus Sigmoideus, jakkolwiek odczyt ten był wygłoszony dopiero d. 12 września. Z doświadczeń Soltmanna, Tarchanowa i innych autorów wiadomo było, że u szczeniąt w ciągu pierwszych 12 dni po urodzeniu nie udaje się wywołać najmniejszych ruchów przy drażnieniu Gyrus Sigmoideus i dopiero tylko począwszy od 13 dnia ruchy te coraz wybitniéj występują.

Prof. Herzen wycinał Gyrus Sigmoideus w 1-ym lub 2, do 3-go dnia po urodzeniu się szczeniąt i hodował je razem z innemi z tego samego gniazda. Operowane szczenię nietylko do 12-go dnia, lecz i następnie nie przedstawiało najmniejszéj różnicy w porównaniu do braci i sióstr; nie można było zaobserwować najmniejszych zboczeń w sferze ruchowéj lub czuciowéj. Zwierzęta wyrastały zupełnie prawidłowo i nawet pod względem zdolności umysłowych niczem się nie różniły od swoich współbraci. Oczywiście, podobnie jak to przyjęto dla wytłomaczenia doświadczenia Goltza, przypuszczał prof. Herzen, że druga półkula, mianowicie 2 Gyrus Sigmoideus przyjmuje na siebie czynność usuniętéj części mózgu; ażeby o tem się przekonać, po wyhodowaniu kilku osobników w podobny sposób operowanych, wykonał operacyję po stronie 2-giéj t. j. usunął z 2-giéj strony Gyrus Sigmoideus. Teraz ze zdziwieniem spostrzegł, że operacyja wbrew oczekiwaniu nie wywołała najmniejszych zmian, że zwierzęta zupełnie niczem się nie różniły od nieoperowanych, że jednem słowem Gyrus Sigmoideus u zwierząt, operowanych do 12-go dnia po urodzeniu, po stronie zdrowéj nie posiadał żadnéj funkcyi. Podobne zwierzę, wyżeł z bardzo dobréj rasy, było przedstawione na posiedzeniu i rzeczywiście nie okazywało najmniejszych zmian ani w sferze ruchów, ani w sferze psychicznéj, o ile można było sądzić na podstawie właściwych wyżłom instynków. Dla wytłomaczenia doświadczeń Herzena nie posiadamy w obecnéj chwili dostatecznych faktów i pozostają tylko hypotezy, że albo w razie usunięcia pewnéj części mózgu, w czasie kiedy mózg się rozwija, inne niższe ośrodki dochodzą do rozwoju brakującéj części i to symetrycznie z obu stron, albo że w ogóle ośrodki nerwowe, nawet niższych kategoryj, w pewnych warunkach posiadają własność wytwarzenia stanów psychicznych i doprowadzania ich do świadomości.

Prócz odczytu Goltza i Horsleya zasługiwały na uwzględnienie odczyt Fany o funkcyi serca zarodka kurczęcia w 2-gim i 3-im dniu inkubacyi; ruchy serca były badane za pomocą fotografii, i Bowitscha o złożonych fotografiach (*composite photography*). (Dok. nast.)

Sprawozdanie z 15-go wiecu stowarzyszenia niem. dla higijeny publicznéj w Strasburgu.

Podał

Dr. J. Buszek.

Stowarzyszenie higijenistów niemieckich, mające tę niezmierną zasługę dla całego państwa niemieckiego, że swojem wpływem wyjednało wiele cennych ustaw sanitarnych, jak n. p. ustawę co do fałszowania pokarmów i napojów, ustawę zaprowadzającą przymusowe szczepienie i wiele innych, zebrało się po raz pietnasty na wiec w Strasburgu, który się odbył w czasie od 14—17 września b. r.

Jak na poprzednich wiecach tak i na ostatnim w gronie przeszło 300 uczestników widać było nie tylko lekarzy, ale przedewszystkiem techników, burmistrzów i radnych miast, a co więcéj przybyli nań także pierwszorzędni pracownicy na polu wiedzy lekarskiéj, jak: Virchow, Ziemssen, Hoppe-Seyler, Recklingshausen, Fraenkel, Loeffler, Gaffky i inni.

Do rozpraw przygotowano bardzo ważne i zajmujące przedmioty, jak: 1) Urządzenia i stosunki sanitarne w Alzacyi i Lotaryngii; 2) jak zdobyć zdrowe pomieszkanie; 3) zakłady dla ozdrowieńców; 4) jak zapobiegać gruźlicy; 5) higijena kolejowa ze względu na podróżnych.

Posiedzenie pierwsze zagaił starszy inżynier z Hamburga Mayer, a sekretarz Dr. Spiess z Frankfurtu n. M. zdał sprawę z zarządu wykazując, że stowarzyszenie liczy 1160 członków. Następnie tajny radca sanitarny ze Strasburga Dr. Krieger przedstawił, jakie są obecnie stosunki i urządzenia sanitarne w Alzacyi i Lotaryngii.

Strasburg miał wodociągi jeszcze za czasów rzymskich i resztki z nich można dotąd widzieć, mianowicie kawałki rur glinianych, otoczonych cementem i masą ceglaną. Wodę sprowadzali Rzymianie z Wogezów z odległości zaledwie 26 km. W wiekach średnich zyskała Alzacyja i Lotaryngija wiele cennych urządzeń sanitarnych. Z owych czasów pozostały w Strasburgu: szpital miejski, dom sierot i zakład św. Marxa, a nawet spis potraw dla chorych dotąd się prawie niezmieniony z owych czasów utrzymuje. Wojny Napoleońskie pozostawiły smutne ślady spustoszenia w tym kraju i co do urządzeń sanitarnych. Rząd państwa niemieckiego stara się, aby to, co pozostało z czasów panowania francuskiego, ulepszać i rozwijać, czego najlepszym dowodem, że Alzacyja i Lotaryngija wydały $20\frac{1}{2}$ miliona marek na cele sanitarne. Z téj sumy opędzono koszta uregulowania brzegów Renu. Regulacyja ta zapobiega wylewom i ich następstwom jak: częstemu pojawianiu się zimnicy, wóla i matołectwa. I gdy do roku 1820 zapadało około 80% żołnierzy na zimnicę w samym Strasburgu, to obecnie ani 0,5% ich nie zapada. Od r. 1877 uregulowano 630 km. brzegów rzek kosztem 2,5 miliona mk., 11600 km. rzek oczyszczono kosztem blisko 2 milionów mk., 5000 hektarów bagnisk osuszono za przeszło $\frac{1}{2}$ miliona mk. Prawie na wszystkich rzekach roboty takie zakończono, rozpoczęto albo przynajmniéj przygotowano. Również wiele miast odwodniono i oczyszczono. Od roku 1877 ma Strasburg wodociągi a po nim zaprowadzało je do r. 1888 aż 161 gmin i w 31 gminach jeszcze je budują, a dla 57 są prace przygotowawcze na ukończeniu. I na polu higijeny szkół i fabryk widać znaczny postęp; zaprowadzono przymusowe szczepienie i czy to w urządzeniu domów dla obłąkanych, szpitali, czy też więzień, cmentarzy, Alzacyja i Lotaryngija nie pozostały w tyle za innemi krajami państwa niemieckiego.

Z kolei nadzwyczaj wymownie przedstawił starszy burmistrz Frankfurtu n. M. Dr. Miquel: „Jak można zdobyć zdrowe pomieszkanie“.

Jest to temat, nad którym kilkakrotnie stowarzyszenie higijenistów na swych zjazdach rozprawiało. Na ostatnim zjeździe we Frankfurcie n. M. uchwalono: a) Stowarzyszenie higijenistów uważa nadanie jednolitéj ustawy tak dla miast jak i dla wsi, mającéj zwalczać opłakane stosunki mieszkań, za możliwe i naglące, zwłaszcza, że dążenia są powszechne, aby pomieszkania dla klasy robotniczéj pomnożyć, ulepszyć i czynsz za nie zmniejszyć; b) ustawa taka musiałaby żądać minimum co do urządzenia mieszkań, zakazać mieszkać w niezdrowych pomieszkaniach i zapobiegać przepełnieniu sypialń a głównie noclegów.

Na zasadzie tych żądań przedstawił referent zasady ujęte prawie w paragrafy ustawy. Żądania te są minimalne, aby się dały zastosować tak dla miast jak i dla wsi. Należy je drogą ustawy państwowéj uchwalić, aby niedopuścić stronniczego działania w tym kierunku ze strony właścicieli domów i zarządów gmin, a przedewszystkiem, aby dla sprawy tak doniosłego znaczenia, jak ustawa budownicza, obudzić zajęcie w całéj ludności. Stwierdzono, że 50% wszystkich pomieszkań jest w Niemczech przeludnionych, że w sypialniach nawet mniéj, aniżeli 3 sz. m. na osobę wypada i że w niektórych miastach 23% ludności zamieszkuje jedną ubikacyję, że w wielu pomieszkaniach nawet pieca brakuje. Żywszy przemysł doprowadził do przeludnienia, lecz nie można się spuszczać na to, że złe takie sanitarne zniknie, jak przemysł budowlany zdąży za potrzebami ludności. W miastach jest za wiele mieszkań zbytkownych, a brak ich dla ludności ubogiéj, bo kapitał prywatny boi się urządzać dla niéj pomieszkania z obawy, że zarząd jest trudny i czynsze trudno wyciągać. Brakowi takich pomieszkań może zaradzić ustawa. W tym względzie Anglija, Francyja i Belgija wyprzedziły Niemcy. Podczas gdy Niemcy żądają dla osoby dorosłéj 5 sz. m., kongres paryski żąda 16 sz. m., kanton genewski dla sypialni żąda 24 sz. m, Danija 16 sz. m. Po wprowadzeniu ustawy w życie wypadnie wiele pomieszkań

opróżnić. Obawy o to, aby uboga ludność na téj zmianie miała najwięcéj ucierpieć, nie ma, podobnie jak i po zaprowadzeniu ustawy co do fałszowania pokarmów i napojów obawy takie okazały się płonnemi. Zwolna będzie się ją wprowadzać w życie i konkurencyja porządnych właścicieli domów znajdzie w ustawie opiekę przeciwko niegodziwéj konkurencyi. Jakkolwiek przez projektowaną ustawę nie załatwi się doszczętnie sprawy mieszkań, to przecież sprawa ta socyjalnie piekąca pójdzie nieco naprzód. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 53,881. **Okólnik**

c. k. Namiestnictwa do wszystkich PP. c. k. Starostów i Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Na podstawie relacyj, przedłożonych c. k. Namiestnictwu w skutek tut. rozporządzenia z dn. 30 maja 1889 l. 29,751 nabrało Namiestnictwo przekonania, że ewidencyja osób, cierpiących na jaglicę (trachoma), wcale nie bywa prowadzoną, dlatego celem otrzymania rzeczywistych dat w téj mierze, zarządza się co następuje:

Każdy lekarz powiatowy prowadzić ma podwójny wykaz osób, chorych na jaglicę, sporządzany według wzoru A i B. Wzór A dotyczy osób, urlopowanych z wojska z powodu jaglicy, wzór zaś B dotyczy osób, chorych na jaglicę a nie należących do wojska. W myśl § 5 rozp. Wys. c. k. Min. wojny z 1 lipca 1884 l. 938 każdy urlopowany z powodu jaglicy ma tę okoliczność zapisaną w paszporcie wojskowym, a nadto dotycząca władza polityczna otrzymuje stósowne zawiadomienie w tym kierunku od komendy, która udzieliła urlopu żołnierzowi, choremu na jaglicę, z tego zatem względu prowadzenie wykazu A nie przedstawi żadnych trudności.

Gdy zaś lekarz powiatowy obowiązanym jest podczas każdorazowego poboru (okólnik c. k. Nam. z d. 13 listopada 1886 l. 65903), tudzież podczas objazdów peryjodycznych, lub wreszcie przy innéj czynności komisyjnéj w gminie, rewidować osoby, chore na jaglicę, to w ten sposób łatwo zbierze dane do prowadzenia wykazu według wzoru B.

Tak postępując będzie można mieć nieco dokładniejszy obraz o rozszerzeniu jaglicy w powiecie, lekarz zaś powiatowy przed wyjazdem do jakiéj gminy, będzie mógł imiennie podać wójtowi tych chorych, którzy mu w czasie jego bytności w gminie mają być przedstawieni. Stósownie do stopnia choroby i do powikłań zarządzi wówczas lekarz powiatowy, co uzna za potrzebne.

Rozumie się samo przez się, że dla uzyskania dat do wykazu B pomocnemi być mają w myśl § 5 lit. 9 ust. z dnia 30 kwietnia 1870 Dz. pp. Nr. 68 według potrzeby Zwierzchności gminne.

Sprawozdania, sporządzone według wzoru A i B przedkładać ma Pan Starosta c. k. Namiestnictwu co pół roku, przyczem zauważa się, iż pierwsze tego rodzaju sprawozdanie obejmować ma jedynie czas od 1-go października b. r. po koniec roku 1889.

We Lwowie dnia 22-go września 1889. *Badeni.*

Wykaz A do l. 53,881/1889.

Wykaz

żołnierzy, z powodu jaglicy urlopowanych, a w powiecie . . . zamieszkałych

Liczba porządk.	Imię i nazwisko	wiek	religija	Gmina, do której przynależy chory	urlopowany dnia, roku	data badania przez lekarza powiat.	Chory na jaglicę ostrą albo chroniczną, przyczem nadmienić należy, czy rogówka zajęta, albo nie	Czy inni mieszkańcy obejścia chorzy?	Co starostwo zarządziło?	Uleczony — rewidowany przez lekarza powiat. dnia i roku	Uwaga

Wzór B do l. 53,881/1889.

Wykaz

osób chorych na jaglicę w powiecie . . .

Liczba porządk.	Imię i nazwisko	wiek	religija	Gmina, do której przynależy chory	data badania przez lekarza powiat.	Chory na jaglicę ostrą albo chroniczną, przyczem nadmienić należy, czy rogówka zajęta albo nie	Czy inni mieszkańcy obejścia chorzy?	Co starostwo zarządziło?	Uleczony — rewidowany przez lekarza powiat. dnia i roku	Uwaga

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Stosunki zdrowotne miasta Nowego-Sącza. C. k. Namiestnictwo w odezwie z dnia 13 maja b. r. l. 32602, uwiadamiając nas o bardzo złych warunkach sanitarnych miasta Nowego Sącza, prosiło, abyśmy wglądnęli w administracyję miasta i przekonali się, czy rzeczywiście, jak zwierzchność gminna twierdzi, brak funduszów stoi na przeszkodzie uzdrowotnieniu miasta. Czyniąc zadość temu życzeniu, wydelegowaliśmy niezwłocznie do Nowego Sącza komisyję złożoną z naszego krajowego inspektora szpitali i wiceprezesa Rady powiatowéj z poleceniem, aby stan rzeczy zbadała i doniosła nam o rezultacie. Po dokładnem zbadaniu sprawy komisyja przyszła do przekonania, że brak funduszów nie stoi bynajmniéj na przeszkodzie uzdrowotnieniu miasta. W zwykłych bowiem dochodach w budżecie na rok bieżący wstawioną jest kwota 62.886 złr., oprócz dochodów z kopytkowego i dochodu z czynszu za koszary. Wydatki zaś zwykłe wynoszą zaledwie 49.199 złr. oprócz nadzwyczajnych na budowy nowe, które wszakże na lata rozłożone być mogą. Na sanitarne potrzeby przeznaczono tylko 10.696 złr. Z tego widać, że miasto mogłoby poświęcić drugie tyle na asanacyję swoją, nie wpadając w niedobór. Dodać należy, że Nowy-Sącz nie ma jak inne miasta dodatków do podatków na potrzeby gminne. Komisyja szczegółowo przedstawiła wszelkie usterki sanitarne, a zarazem wnioski do ich usunięcia. W celu uzyskania zgodnego i jednolitego postępowania prosiliśmy c. k. Namiestnictwa zawiadomić nas o zarządzeniach, jakie w téj mierze wydać zamierza. Odezwą 6 lipca b. r. Namiestnictwo uwiadomiło nas o rozporządzeniach wydanych do starostwa Nowosądeckiego i że wezwało starostwo, aby zawiązano w tem mieście stałą miejską Radę zdrowotną, złożoną z lekarzy, techników i innych obywateli chętnych dla spraw zdrowia, któraby obradując pod przewodnictwem burmistrza, przedstawiała Radzie miejskiéj wnioski, zdążające do poprawy stosunków sanitarnych. Przytem c. k. Namiestnictwo uwiadomiło nas, że o dalszych w tym kierunku zarządzeniach, tak w niniejszym przypadku, jak niemniéj i w razie potrzeby sanacyi innych miast, nie omieszka zawsze zawiadomić Wydział krajowy, aby przez zgodne i jednolite postępowanie łatwiéj osiągnąć cel przeznaczony.

Wykazy o ruchu chorych syfilitycznych. Na podstawie sprawozdań pp. starostów i wojskowych komend, iż kiła zaczyna się szerzyć między ludnością i wojskowymi w sposób zastraszający, c. k. Namiestnictwo w odezwie z dnia 10-go października 1888 uwiadomiło o swych zarządzeniach wyjątkowych w tym względzie, wzywając nas o wydanie polecenia zarządom wszystkich szpitali powszechnych względem sporządzania miesięcznych wykazów ruchu chorych tego rodzaju.

Peryjodyczne sprawozdania w sprawach sanitarnych. C. k. Namiestnictwo odezwą z dnia 21 grudnia 1888 l. 76.707 zawiadomiło nas o wydaniu okólnika do c. k. starostw, w którym między innemi zarządzone zostało, aby dla zamierzonych publikacyj c. k. najwyższéj Rady zdrowia jako też i dla zapewnienia uregulowanego nadzoru nad większemi szpi-

talami przez władzę polityczną począwszy od 1 stycznia 1889 wszystkie szpitale publiczne, jakoteż i większe szpitale prywatne co najmniéj o 50 łóżkach, przedkładały miesięczne wykazy o ruchu chorych według formularzy dotychczas używanych dorocznych wykazów statystycznych. Przyjmując do wiadomości okólnik c. k. Namiestnictwa wezwaliśmy ze swéj strony dyrekcyje lwowskiego i krakowskiego szpitala tudzież zarządy wszystkich szpitali powszechnych do ścisłego wykonywania powyższych zarządzeń.

Szpital krajowy we Lwowie. Ruch chorych w roku 1888 przedstawia się w szpitalu lwowskim jak następuje:

I. w Zakładzie chorych w ciągu 1888 opuściło zakład: wyzdrowiałych 6576, z polepszeniem 1310; niewyleczonych 600; umarło 748; ubyło ogółem 9234. W leczeniu na r. 1889 pozostało 568. Ilość łóżek dla chorych 700; dla posługi 41; ilość dni leczenia 213.540; średni czas leczenia jednego chorego 21·8 dnia; przeciętna ilość chorych leczonych dziennie 585 (w roku 1887 była 553).

II. W zakładzie położnic pozostało z końcem roku 1887 kobiet 45 dzieci 23; przybyło w ciągu roku 1888 kobiet 777, dzieci 670; pielęgnowano ogółem kobiet 822 dzieci 693; w ciągu 1888 opuściło zakład po odbyciu porodu kobiet 712 z 573 dziećmi; przed odbyciem porodu kobiet 38; zmarło kobiet 16 i 87 dzieci; razem kobiet 766 z 660 dziećmi; pozostało w zakładzie 55 kobiet z 33 dziećmi; śmiertelność kobiet względnie do ubyłych 2·08% względnie do pielęgnow. 1·9; śmiertelność dzieci względnie do ubyłych 15·01, względnie do pielęgnow. 13·18.

Średni czas pobytu w zakładzie jednéj położnicy 22·1 dni. Ilość łóżek dla położnic 61, dla posługi 4, w razie potrzeby na rozszerzenie oddziału używają się sale z innych oddziałów. Przeciętnie pielęgnowano na oddziale dziennie 49 położnic; najwyższy stan w miesiącu styczniu wynosił 67 a najniższy w sierpniu 28.

Ilość szukających pomocy i opieki szpitalnéj wzmaga się tak gwałtownie, iż potrzeba rozszerzenia szpitala staje się naglącą. Już w przeszłym roku przedstawiliśmy, jak niekorzystny wpływ wywiera takie przepełnienie szpitala na hygieniczne stosunki zakładu. Corocznie niebezpieczeństwo się wzmaga, bo ilość chorych z każdym rokiem się zwiększa. W r. 1887 przeciętna ilość chorych w całym szpitalu wynosiła 587, a w r. 1888 634 chorych; najwyższa zaś ilość leczonych, którą mieścił w sobie szpital w jednym dniu 1887, było 731 chorych, w 1888 zaś 844. Według zasad hygijeny szpitalnéj, rachując na każde łóżko zaledwo 30·50 mtr. sześć. (to jest najmniejszą dopuszczalną ilość) szpital pomieścić powinien zaledwo 670 chorych wraz z posługą. Można więc przedstawić sobie, jakie są niekorzystne warunki dla leczenia, gdy ilość pielęgnowanych powiększy się o czwartą część. Dla rozszerzenia szpitala najstósowniéjby było wybudowanie osobnego pawilonu na oddział położniczy, lecz taka budowa, według kosztorysu zrobionego w r. 1875, kosztowałaby około 140 tysięcy złr. Wobec niepomyślnego ekonomicznego stanu kraju, dowiedziawszy się, że zakład ciemnych ma zamiar wybudować nowy dom na swoje pomieszczenie, zapytaliśmy zarząd zakładu, czy nie byłby usposobionym sprzedać nam budynek, w którym obecnie mieszczą się ciemni. Po zbadaniu, jakim kosztem można będzie nabyć i przysposobić ten dom na oddział położniczy, przedstawimy Wysokiemu Sejmowi we właściwym czasie odpowiednie wnioski.

Na oddziale chirurgicznym wykonano operacyj 801, a oprócz tego przeszło 250 rękoczynów mniejszych, jak naprzykład przecięcia abscesów, ekstyrpacyj małych nowotworów i t. d. Z większych operacyj dokonano amputacyj 108, artrotomij 5, operacyj raka i innych nowotworów 68, enterotomij 5, gastrotomij 1, herniotomij 7, laparotomij 16, podwiązań tętnic 4, litotrypsyj 8, neurotomij 29, onkotomij 69, owariotomij 8, operacyj plastycznych 23, resekcyj 27, naprawy zwichnięć 14, tracheotomij 9, trepanacyj głowy 4 i t. d.

Na oddziale ocznym wykonano 136 operacyj, a w téj liczbie zdjęcie katarakty 58 razy, irydektomiję 40 razy, wyjęcie oka dwa i t. d.

Na oddziale położniczym dokonano 76 rękoczynów.

W prosektoryjum szpitalnem było sekcyj naukowych 888, sądowo-lekarskich 17, sanitarno-policyjnych 10, a razem 915.

W pracowni chemiczno-lekarskiéj przy szpitalu lwowskim dokonano ogółem 1045 rozbiorów chemiczno-mikroskopowych. W roku ubiegłym jak i w latach poprzednich podczas feryj uniwersyteckich pracowało kilku uczniów Wydziału lekarskiego wszechnicy Jagiellońskiéj w pracowni szpitalnéj. (C. d. n.)

---

* W Stanie Nowojorskim zakazano kupcom sprzedawać osobom poniżéj lat 16 papierosy i tytoń.

* Cholera szerzy się w Mezopotamii. Aż do 10 września zmarło osób 3.923.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 10 października. We wtorek d. 8 bm. rok szkolny w Uniw. Jagiell. uroczyście zagajonym został. Po nabożeństwie, odprawionem w kościele akademickim św. Anny zebrali się profesorowie w togach i uczniowie w auli, gdzie w obecności zaproszonych gości ustępujący rektor prof. prawa Dr. Kasparek odczytał obszerne sprawozdanie z czynności zeszłorocznych i wręczył oznaki godności rektorskiéj rektorowi tegorocznemu prof. Korczyńskiemu, który po jędrnéj przemowie ogłosił rok szkolny za otwarty i miał zajmujący odczyt p. tyt. „Ogólne prawidła ustroju człowieka w stanie zdrowia i choroby, objaśnione przykładami z zakresu fizyjologii i patologii krwi,“ przyjęty oklaskami.

Ze sprawozdania rocznego wynika, że w roku ubiegłym uniwersytet jagiell. liczył 1231 słuchaczy i 89 wykładających, podczas gdy przed 40 laty liczył zzledwie 264 uczniów i 31 nauczycieli.

Poniżéj podajemy spis wykładów na Wydziale lekarskim w półroczu zimowem:

Anatomija opisowa ciała ludzkiego, część I. (kości, mięśnie i trzewa), codziennie nie wyłączając sobót od 12—1 w zakładzie anatomicznym; Prof. p. z. Dr. Teichmann. — *Ćwiczenia praktyczne w sekcyjach anatomicznych*, codziennie nie wyłączając sobót od 11—12, tamże: Tenże — *Antropologija szczegółowa, o rasach ludzkich*, dla słuchaczy wszystkich wydziałów, w poniedziałki i środy od 5—6; Prof. p. n. Dr. Kopernicki. — *Ćwiczenia praktyczne z antropologii, ze słuchaczami, którzy już słuchali antropologii*, w piątki i soboty od 5—7; Tenże. — *Fizyjologija krwi, mięśni i nerwów, narządu krwionośnego i trawienia*, codziennie od 9—10, w zakładzie fizyjologicznym; Prof. p. z. Dr. Cybulski. — *Histologija ogólna i szczegółowa*, codziennie od 10—11, tamże; Tenże.— ***Ćwiczenia praktyczne w zakładzie fizyjologicznym dla słuchaczy trzech wyższych lat medycyny*, 4 godziny tygodniowo w dniach i godzinach późniéj oznaczyć się mających (czesne podwójne), tamże; Tenże. — *Ćwiczenia w chemii lekarskiéj, połączone z wykładem o sposobach rozbioru moczu, mleka, krwi*, w środy, czwartki, piątki od 3—5 w zakładzie chemii lekarskiéj; Prof. p. z. Dr. Stopczański — *Chemija lekarska*, w poniedziałki, wtorki i środy od 8—9 (dla uczniów, którzy zamierzają w przyszłem półroczu uczęszczać na ćwiczenia lekarsko-chemiczne), tamże; Tenże. — **Pracownia lekarsko-chemiczna dla ćwiczeń samodzielnych*, otwarta jest codziennie w godzinach dowolnych (czesne 10 złr. 50 ct.), tamże; Tenże.— *Anatomija patologiczna*, codziennie nie wyjmując sobót od g. 12—1 w zakładzie anatomii patologicznéj; Prof. p. z. Dr. Browicz. — *Histologia patologiczna w połączeniu z kursem demonstracyjnym*, w soboty od 10—12, tamże; Tenze. — *Ćwiczenia w sekcyjach patologicznych*, we wtorki i piątki od 8 do 10, tamże; Tenże. — *Ambulatoryjum otjatryczne*, 2 godziny tygodniowo w dniach i godzinach późniéj oznaczyć się mających, tamże; Tenże. — *Patologija ogólna i doświadczalna*, w środy, czwartki i piątki od 10—11, w soboty od 10—12, w zakładzie patologii ogólnéj; Prof. p. z. Dr. Adamkiewicz. — *Farmakologija i katagrafologija*, w poniedziałki, środy i czwartki od 8—10, w sali I. Coll. physicum: Prof. p. z. Dr. Łazarski. — *Farmakognozyja*, codziennie oo 10—11, tamże; Tenże. — *Klinika lekarska z wykładem patologii i terapii*, codziennie od 8—10, w zakładzie klinicznym; Prof. p. z. Dr Korczyński. — *Dyjagnostyka lekarska praktycznie wykładana na chorych szpitala św. Łazarza*, we wtorki i piątki od 6—8; Prof. p. n. Dr. Pareński. — *Cwiczenia w fizycznem badaniu chorych*, w soboty od 8—9½ (czesne 5 złr. 25 ct.), tamże; Tenże. — *Ćwiczenia w fizycznem badaniu chorych na materyjale kliniki*

lekarskiéj, w dniach i godzinach późniéj oznaczyć się mających, 1 $^1/_2$ godziny tygodniowo (czesne 5 złr. 20 ct.); Docent prywat. Dr. Gluziński. — *Wykład systematyczny o chorobach zakaźnych (z uwzględnieniem obowiązujących ustaw i rozporządzeń)*, 2 gydziny tygodniowo, późniéj oznaczyć się mające. Docent prywatny Dr. Ponikło. — *Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób narządów trawienia*, w soboty od 10—12, w klinice lekarskiéj; Prof. p. n. Dr. Jaworski. — *Wykład systematyczny patologii i terapii szczegółowéj chorób przełyku i żołądka*, 1 godz. tygodniowo, w czasie późniéj oznaczyć się mającym; Tenże. — *Wykład systematyczny patologii i terapii szczegółowéj chorób otrzewnéj i jelit*, 1. godz. tygodniowo, w czasie późniéj oznaczyć się mającym; Tenże. — *O dyjetetyce żywienia w chorobach ostrych i przewłocznych*, 1 godzina tygodniowo w czasie późniéj oznaczyć się mającym; Tenże. — *Wykład o chorobach krtani, połyku i nosa wraz z ćwiczeniami w laryngoskopii i rynoskopii*, 3 godz. tygodniowo, od 12—1; Prof. p. n. Dr. Pieniążek. — *Ambulatoryjum laryngologiczne w domu dla uczniów obeznanych z laryngoskopiją*, 3 godz.; Tenże. — *Klinika chorób dzieci w szpitalu św. Ludwika*, w poniedziałki, środy i piątki od 4—5, w soboty od 9—11; Prof. p. n. Dr. Jakubowski. — *Szczegółowa patologyja i terapija chorób układu nerwowego na chorych w szpitalu św. Łazarza*, w soboty i niedziele od 8—9; Prof. p. n. Dr. Domański. — *O przyrządach elektrycznych lekarskich*, we wtorki od 6—7 $^1/_2$, w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj; Tenże. — *Klinika chirurgiczna z wykładem patologii i terapii szczegółowéj*, codziennie od 10—12, w gmachu kliniki chirurgicznej; Prof. p. z. Dr. Rydygier. — *Ćwiczenia w dyjagnostyce i operacyjach chirurgicznych*, w sali operacyjnéj szpitala św. Łazarza od 8—10 codziennie (dla pp. Doktorów i Doktorandów); Profesor p. n. Dr. Obaliński. — *Akiurgija czyli nauka o operacyjach chirurgicznych*, w poniedz. i czwartki od 6—7, w sali wykładowéj medycyny sądowéj; Tenże. — *O złamaniach i zwichnięciach wraz z ćwiczeniami w zakładaniu opatrunków*, 3 godz. tygodniowo w kursach 6-tygodniowych, liczba uczestników jednego kursu ograniczona do 10-ciu. (Czesne 5 złr. 25 ct.); Docent prywatny Dr. Trzebicky. — *Wstęp do nauki kliniki chirurgicznéj*, dla pp. słuchaczy, mających wstąpić w następnych półroczach do kliniki chirurgicznéj, 2 godz. tygodn.; Docent pryw. Dr. Bossowski. — *Ćwiczenia w zakładaniu opasek i opatrunków*, 3 g. tyg. w dniach i godz. późniéj oznaczyć się mających (czesne 5 złr. 25 ct.) Tenże. — *Klinika okulistyczna stała i ruchoma z wykładem patologii i terapii szczegółowéj chorób ocznych*, codziennie od g. 12—2, w zakładzie klinicznym; Profesor p. z. Dr. Rydel. — *Nauka o operacyjach ocznych z ćwiczeniami na zwłokach ludzkich i zwierzęcych*, w soboty od 12—2, w niedzielę od g. 9—10; Tenże. — *Klinika położnicza i chorób niewieścich z wykładem położnictwa i ginekologii*, codziennie od 10—12, w zakładzie klinicznym; Prof. p. z. Dr. Madurowicz. — *Wykład położnictwa systematyczny*, 2 godz. tygodniowo, w dniach i godzinach późniéj oznaczyć się mających; Docent prywatny Dr. Jordan. — *Ćwiczenia w operacyjach położniczych*, w niedzielę od 10—12, w zakładzie anatomicznym; Docent prywatny Dr. Mars. — *Wykład systematyczny o operacyjach położniczych*, w soboty od 6—7, tamże; Tenże. — *O miednicach ścieśnionych ze stanowiska położniczego*, w soboty od 11—12, tamże, Tenże. — *O chorobach umysłowych z ćwiczeniami w badaniu i rozpoznawaniu tychże*, (kurs 6-tygodniowy) trzy razy tygodniowo po 2 godz. późniéj oznaczyć się mające; Docent prywatny Dr. Żuławski. — ***Kurs psychijatryi praktycznéj dla pp. Doktorów i Kandydatów do egzaminu fizykackiego*, 6 g. tygodn. (czesne 20 złr.); Tenże. — *Klinika chorób wenerycznych*, w poniedziałki, wtorki i środy od 12—1, w szpitalu św. Łazarza; Prof. p. n. Dr. Rosner. — *Klinika chorób skórnych*, w czwartki, piątki i soboty od 12—1, tamże, Tenże. — *Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych*, w niedzielę od 10—12, w sali wykładowéj Prof. Rosnera w szpitalu św. Łazarza; Docent pryw. Dr. Zarewicz. — *Medycyna sądowa*, codziennie od godz. 5—6, w zakładzie medycyny sądowéj; Profesor p. z. Dr. Blumenstok. — *Sekcyje sądowe i policyjno-lekarskie*, 2 godz. tygodniowo od 2 $^1/_2$—3 $^1/_2$, tamże; Tenże. — *Wykład z higijeny publicznéj i prywatnéj*, 3 godz. tygodniowo w godzinach późniéj oznaczyć się mających, w Collegium novum; Docent prywatny Dr. Grabowski. — *Wykład historyi medycyny*, we czwartki i piątki, od 2 $^1/_2$—4, w soboty od 2 $^1/_2$—4 $^1/_2$, w Coll. novum; emer. Prof. Dr. Oettinger. — *Wykład o chorobach stadnych i policyi weterynarskiéj*, we wtorki i czwartki od g. 3 $^1/_2$—5, w zakładzie fizyjologicznym; Docent prywatny Dr. Walentowicz. — *O hydroterapii suchot płucnych i chorób nerwowych*, jedna godzina tygodniowo, późniéj oznaczyć się mająca (bezpłatnie); Docent prywatny Dr. Smoleński.

* JE. Pan Minister spraw wewn. w porozumieniu z JE. P. Ministrem wyznań i oświaty zamianował reskryptem z dnia 16/9 1889 l. 16.939 członków komisyi egzaminacyjnéj 1) dla egzaminów fizykackich w Krakowie i 2) dla egzaminów weterynarnych we Lwowie: ad 1). Dr. Józef Merunowicz, c. k. Radca Namiestnictwa i kraj. referent dla spraw sanitarnych, przewodniczący; Dr. Ludwik Teichmann, c. k. Radca rządowy i c. k. prof. Uniwersytetu, zastępca przewodniczącego; Dr. Leon Blumenstok, c. k. prof. Uniw.; Dr. Kazimierz Grabowski, docent Uniw.; Dr. Józef Łazarski, c. k. prof. Uniw.; Dr. Aleksander Stopczański, c. k. prof Uniwersytetu; Dr. Andrzej Walentowicz, docent Uniw. — egzaminatorami. Dr. Tadeusz Browicz, c. k. prof. Uniw.; Dr. Edward Janczewski, c. k. prof. Uniw.; Aleksander Littich, c. k. kraj. weterynarz; Dr. Karol Olszewski, c. k. nadzw. prof. Uniw.; Dr. Stanisław Ponikło, docent Uniw. — zastępcami egzaminatorów. ad 2) Przewodniczący j. w., Dr. Piotr Seifmann, dyrektor szkoły weterynaryi we Lwowie, zast. przewodniczącego; Aleksander Littich, j. w. egzaminatorem; Dr. Antoni Barański, prof. szkoły weterynaryi we Lwowie, zastępca egzaminatora.

* Konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób skórnych i wenerycznych w U. J., ogłoszony w numerze przeszłym, przedłużony został do d. 16 bm.

* Lekarz p. Hay we Wiedniu otrzymał na wystawie paryskiéj medal złoty za krowiankę i medal srebrny za przyrządy do szczepienia.

* **Wiedeń**. Szpital na ulicy Favoriten uznany został jako czwarty szpital samoistny. — Radca dworu prof. Widerhofer, który na wycieczce z cesarzową w Tyrolu południowym spadł z muła i doznał ciężkiego skaleczenia, przewieziony został w stanie polepszonym do Wiednia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lozanna**. Docent Dr. Bourget z Genewy mianowany prof. terapii, a docent Dr. Stilling ze Strasburga prof. anatomii patolog. — **Würzburg**. Asystent Dr. Reichel habilitował się jako docent chirurgii. Dr. Bonnet z Monachium mianowany nadzwyczajnym prof. anatomii opisowéj. — **Moskwa**. Znany fizyjolog, wysłużony prof. Seczenow osiadł tu jako docent fizyjologii. — **Warszawa**. Profesor nadzw. hygijeny Kowalkowski mianowany został profesorem zwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe**. Starszym lekarzem w armii czynnéj mianowany: Dr. Mikołaj Łyłyk przy szpitalu w Serajewie; zastępcami lekarzy asystentów: Drowie Eugen. Kobrzyński i Franciszek Zbierzowski we Wiedniu, Aleksander Hycner i Jan Raczyński w Krakowie, Herman Kraus w Przemyślu, Tadeusz Teodorowicz w Krakowie.

* **Nekrologija**. We Wiedniu umarł wysłużony prof. nadzwyczajny psychijatryi Dr. Maksymilijan Leidesdorf, współwłaściciel znanego zakładu dla obłąkanych w Döblingu (urodz. w r. 1819 w Wiedniu, tamże w roku 1845 uzyskał stopień doktora, a w r. 1875 mianowany dyrektorem kliniki psychijatrycznej, w roku przeszłym ukończywszy 70-ty rok życia ustąpił z katedry, a następcą jego jest Krafft-Ebing.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 9: Kryńskiego: O przyczynach ostrych zapaleń ropnych. — W *Gazecie Lekar.* Nr. 40: Jaworowskiego: Leczenie nowotworów za pomocą prądu stałego; Noiszewskiego: Przesadzenie błony śluz. ust na spojówkę; Elsenberga: Przymiot i gruźlica (dok.); Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerw. (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 40: Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Tablice poglądowe działania niektórych środków lekarsk. (Odbitka z *Kroniki Lek.*) Warszawa 1889, in 8-vo. — Dr. LINDNER (Lwów) Drei seltene Fälle von Augenverletzungen. (Odbitka z *Wiener med. Presse* 1889) in 8-vo, str. 7.

* **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie w środę d. 16 b. m. w sali wykładowéj Prof. Blumenstoka o g. 6 wiecz. zwyczajne swe posiedzenie, na którem 1) prof. Dr. Jaworski i Dr. Rosenzweig przedstawią rzecz o „Sakcharynie jako leku i przyprawie", 2) prof. Dr. Browicz przedstawi preparaty mikroskopowe istoty kitowéj beleczków mięsnych serca w stanie patologicznym.

Sprostowanie. W Nrze 40 w nagłówku rozprawy Dra Bossowskiego zamiast antiseptycznéj, ma być autoplastycznéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 19 Października 1889. Nr. 42.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O operacyjnem leczeniu jaglicy spojówki oka [1]) (*trachoma*).

Podał
Dr. Med. Br. Ziemiński,
Okulista w Warszawie.

„The method of... cutting... out the follicles has practically proved useful and is bacteriologically, quite corect.“ (Prof. v. Zehender. „Bowman Lecture,“ delivered at the Meeting (12, XI, 86) of the Ophthalmological Society of the United Kingdom).

Umyślnie podejmuję kwestyję leczenia jaglicy, gdyż ta choroba oczna, jedna z najuporczywszych i w skutkach najgroźniejszych, unieszczęśliwia, zmniejszając siłę wytwórczą, a nawet doprowadzając do zupełnego kalectwa, stosunkowo wysoką odsetkę ludności znacznéj części ziem polskich. Przyczyny tego łatwo staną się zrozumiałemi, skoro zauważymy, że jest to przenośne cierpienie, zależne więc od jakości warunków hygijenicznych, nadto zaś od położenia geograficznego danéj miejscowości.

Biedna ludność robocza, osiadła w nizinach, w okolicach bagnistych, nad brzegami, a zwłaszcza w pobliżu ujścia znaczniejszych rzek, jak Wisła, Dunaj, Wołga, Ren, Nil i t. d stanowi główny kontyngens osób dotkniętych tem cierpieniem. Widzimy to u nas, widzimy to w Węgrzech, w Rumunii, w Rosyi, w Belgii i Holandyi. w Irlandyi i Egipcie.

Statystyka jaglicy, w niektórych krajach dokładnie sporządzana, ważnych w tym kierunku dostarcza wskazówek. Wiemy naprzykład, co dotyczy Renu, że podczas gdy w Szwajcaryi oraz w W. Ks. Badeńskiem i t. d. przypadki jaglicy są nader rzadkie (po większéj części z innych okolic wprowadzone), dopiero linija Menu stanowi kresę demarkacyjną endemicznego pojawienia się jaglicowych cierpień oka, które odtąd, w dół Renu, stają się coraz częstszemi aż do ujścia rzeki, gdzie jaglica dopuszcza się prawdziwych spustoszeń w narządzie wzrokowym tameczném ludności. Zaś z badań statystycznych, w innych krajach dokonanych, wypływa, że jaglica trzyma się zazwyczaj okolic, w których panują choroby bagienne.

Wspólnem i znamiennem dla wszelkiéj sprawy jaglicowéj spojówki oka jest wytwarzanie się w podścielisku téj błony, w tkance gruczołowéj, mieszków limfatycznych (limfomatów według Michla) przy ogólnym limfatycznym nacieku tejże błony, oraz następczem przekrwieniu i ztąd powstających zmianach chorobowych przybłonka.

Sumienny badacz na tem polu, prof. Raehlmann w Dorpacie, opierając się na własnych badaniach tak klinicznych, jak i anatomo-patologicznych, słusznie odróżnia w przebiegu tego cierpienia trzy okresy. Pierwszym jest okres nacieczenia, oraz wzrostu tworów limfatycznych; drugim jest okres ropienia, właściwie rozpadu tych tworów — jest to okres następczych przeobrażeń mieszków jaglicowych i w ogóle błony śluzowéj oka, powstałych przez owrzodzenie oraz wytworzenie się ziarniny (brodawek mięsnych); stąd już spostrzega się zwykle szybkie przejście tej choroby w ostatni okres — okres zaniku spojówki i przeistoczenia się tejże błony w jedną bliznę. Ustanowienie tych trzech okresów w rozwoju właściwych tu tworów limfatycznych polega na układzie ściśle anatomicznym, ma nadto ważne znaczenie kliniczne; lecz ten podział stosuje się, rzecz prosta, do oddzielnych tworów, nie zaś do całéj błony śluzowéj oka, która zawiera jednocześnie twory, powstałe w różnych epokach, a stąd znajdujące się w różnych z wyż wspomnianych okresów.

Nawet w bardzo ostrych przypadkach cały przebieg choroby jest przewlekły z powodu ciągłych zaostrzeń i powrotów cierpienia. Zupełne *restitutio ad integrum* nader rzadko spotyka się, zazwyczaj dopiero po kilku miesiącach; przy najwcześniejszym zabiegu leczniczym nigdy nie można tak szczęśliwego wyniku na pewno sprawdzić. Następcze objawy, stwardnienie, zanik wraz z cechującemi bliznami, zupełne ze-

[1]) Wykład, zapowiedziany na pierwszy Zjazd chirurgów polskich, na który autor przybyć nie mógł.

skórnienie, wreszcie nieuleczne skutki właściwego leczenia rogówki występują po nie dającym się z góry oznaczyć upływie czasu, zwłaszcza, że w każdym okresie jaglicowe cierpienie oka może nagle i na czas nawet dłuższy powstrzymać się. Oto treściwa charakterystyka jaglicy. Stąd łatwo wywnioskować, że ta choroba zaliczoną być winna do groźnych cierpień oka. Prócz notorycznéj zaraźliwości jaglicy, mogącéj w każdym okresie udzielić się otoczeniu chorego tak, że nieraz choroba ta nie tylko znaczną część osób w danéj miejscowości dotyka, lecz nawet nabiera cech cierpienia pospólnego (epidemicznego): grożą téj choroby są poważne cierpienia rogówki, powstające z niezliczonéj ilości powrotów tego cierpienia. (Zaledwie w 4% przypadków nie spostrzega się po przebytéj jaglicy żadnych zmian w rogówce). Niebezpieczeństwo, wynikające z poważnych w tym razie cierpień rogówki jest nader wielkie, gdyż użyteczność przyrządu wzrokowego, zachowanie lub utrata wzroku są w pierwszéj linii zawisłe od stanu błony rogowéj.

Dotąd ogólnie rozpowszechniony sposób zwalczania jaglicy za pomocą leków, miejscowo stosowanych, zaledwie jest w stanie przeciwdziałania groźnym objawom pojedynczego przypadu, oraz bezpośrednim następstwom tegoż, tak, że przy tem leczeniu tak częsty tu powrót choroby uznać należy za fakt nieunikniony.

Utrzymanie oka dotkniętego omawianem cierpieniem w należytéj czystości, zachowanie ścisłéj hygijeny ocznéj, powstrzymanie się przez czas dłuższy od wszelkich zajęć, wymagających użycia wzroku, uwzględnienie ogólnego stanu ustroju [1]), wreszcie — *last, not least* — zmiana miejsca zamieszkania (pobyt w odpowiedniéj górzystéj [2]) okolicy), przy najskromniejszem stosowaniu zwykłych w tym razie leków— spełnianie tych zaleceń od chwili wystąpienia najwcześniejszych objawów jaglicy — daje prawie bezwarunkową rękojmię spokojnego, pozbawionego groźnych następstw przebiegu cierpienia. Tu zatem dzielnie wzmocniona *vis medicatrix naturae* obyć się może bez wszelkiéj radykalniejszéj, chirurgicznéj pomocy tem bardziéj, że u chorych téj kategoryi, należących, rzecz prosta, do osób żyjących zresztą w pomyślnych warunkach hygienicznych, wydarzają się zazwyczaj łagodniejsze formy jaglicy, zbliżone więcéj do grupy cierpień, znanych pod nazwą „mieszkowatego nieżytu“ spojówki. Wręcz przeciwnie rzecz się ma u chorych, dostarczających głównego kontyngensu jaglicy i to o groźnych formach u klasy ludzi, oddanych wszelkiéj ciężkiéj pracy. U tych chorych miejscowo stosowanemi lekami walczy się przeciw grozie pojedynczego przypadu z mocnem, niestety! przeświadczeniem o wszelkiem prawdopodobieństwie nie dającéj się naprzód przewidzieć ilości wznówek. Ci chorzy nawiedzają peryjodycznie przez parę, kilka, a nawet kilkanaście lat kliniki oczne, do ruiny doprowadzając siebie, oraz swe rodziny.

Głębsze zastanowienie się nad wartością dotychczasowego sposobu leczenia wysokiéj odsetki jaglicowych chorych, pochodzących z niższych warstw społeczeństwa, zmusza do szukania broni do skutecznéj walki przeciw największéj grozie tego cierpienia, przeciw skłonności téj choroby do ciągłych powrotów — zmusza do porzucenia dotychczasowéj bierności, oraz stąpania po utartéj przez poprzedników naszych drodze wyszukiwania nowych „niezawodnych“ leków, mających przeciwdziałać jaglicy oka, téj pladze biedniejszych klas społeczeństwa.

Jakkolwiek dokładniejsza znajomość układu anatomopatologicznego spojówki nie przypadła w udziale wiedzy lekarskiéj w przeszłym oraz w pierwszéj połowie bieżącego stulecia, jednak już w owym czasie, li tylko na zasadzie spostrzeżeń klinicznych, światlejsi przedstawiciele chirurgii, któréj integralną część stanowiła na ten czas okulistyka, a następnie i samiż okuliści dawniejszéj epoki — że wspomnę tu nazwiska chirurgów Reida i Saundersa, a z okulistów Himlyego i Furnariego — świadomi słabych stron zwalczania jaglicy jedynie lekami, starali się systematycznie skracać przebieg téj choroby za pomocą różnorodnych rękoczynów, dokonywanych na spojówce, szczególnie za pomocą skaryfikacyj, wycinań pewnych części spojówki i t. p. Niestety! pierwsze próby, oraz pomyślne nieraz wyniki tychże szybko poszły w zapomnienie. Dopiero w ostatnich czasach słynny na polu okulistyki ziomek nasz, prof. Gałęzowski w Paryżu i w ślad za nim wielu specyjalistów francuskich, a w Niemczech głównie szkoła okulistyczna Królewiecka (ta ostatnia rzecz dziwna, niesłusznie przywłaszczając sobie autorstwo pomysłu) złożyli w licznych pracach niezbite dowody, iż odpowiednie, chirurgiczne leczenie, zwłaszcza wycięcie całego lub znacznéj części załamka spojówki, może stać się skutecznym środkiem dla uniknięcia, lub wreszcie zmniejszenia ilości powrotów téj choroby — prawdziwem dobrodziejstwem dla znacznéj liczby jaglicowych chorych; że ostatecznie przestaniemy uznawać każdego jaglicowego za kalekę do pewnego stopnia.

Choć w inny sposób, lecz w tymże kierunku obmyśleli zwalczać jaglicę Cuignet, Mandelstamm, Wicherkiewicz, Kramsztyk, Hotz i inni [1]). Opisywany przez tych autorów sposób leczenia polega na wygniataniu ziarn jaglicowych paznogciem, lub też właściwiéj cieńkiemi szczypczykami. Rękoczynu tego dokonywa się nie od razu na całéj błonie spojówkowéj, lecz w często powtarzanych posiedzeniach. Do-

[1]) Doświadczenie poucza nas, że znaczna częć jaglicowych chorych należy do rzędu zołzowatych, a nieraz nawet do rzędu osób, wyraźnie dotkniętych gruźlicą tego lub owego rodzaju.

[2]) Okulista francuski Chibret zauważył: że w górzystych miejscach stałego lądu Europy jaglica nader rzadko występuje; a skoro tamże została skądinąd wprowadzoną, szybciéj niż w nizinach uleczoną być może. Spostrzeżenia Chibreta, oparte na badaniach we Francyi, w Belgii i w Szwajcaryi dokonanych dowodzą, że w tych krajach jaglica przestaje być zaraźliwą na wysokości powyżéj 230 metrów nad poziomem morza. Jak twierdzi Grand, nader rzadko spostrzega się przypadki jaglicy — i to zazwyczaj u robotników, z Włoch przybyłych—w Auvergne i w St. Etijenne we Francyi. Adamiuk radzi, aby w Rosyi dla żołnierzy dotkniętych jaglicą, urządzać uzdrowiska w miejscowościach powyżéj 462 metrów nad poziomem morza położonych. Dalsze badania, w tym kierunku przedsięwzięte, wykazały, że nie tylko wzniesienie danéj miejscowości nad poziomem morza, lecz i inne warunki mają wpływ na zmniejszenie się ilości jaglicowych chorych. Chibret twierdzi naprzykład, że i ciepłota, właściwa danéj miejscowości, ważną tu rolę odgrywa; w Algierze istnieje jaglica nawet w miejscowościach na 1200 metrów nad poziomem morza położonych.

W czasie mego pobytu w Dorpacie rozpocząłem studyja, dotyczące występowania jaglicy oka w nadbałtyckich prowincyjach Rosyi, w okolicy, obfitującéj w przypadki tego cierpienia; studyjów tych nie mogłem z powodu wyjazdu z Dorpatu ukończyć. Z przedwstępnych badań mych jednak najoczywiściéj wypływało, iż największa odsetka jaglicy pochodzi tam z okolic o gruncie gliniastym: prawdopodobnie wyziewy, a zwłaszcza chorobotwórcze drobnoustroje, pochodzące z zastoju wód na obszarach gliniastego gruntu, działają swoiście na spojówkę, wywołując lub obostrzając sprawę jaglicową téj błony.

[1]) *Jahresbericht d. Ophthalm. XVII.*

dać należy, że ten sposób leczenia głównie zalecanym bywa we wczesnych okresach jaglicy. Sam wielokrotnie stosowałem tę metodę, z następnych jednak przyczyn porzuciłem takową. Przedewszystkiem jest to nader bolesny dla chorego rękoczyn, nawet mimo stosowania kokainu, trudno bowiem dla każdego z kilkunastu nieraz pojedynczych posiedzeń chloroformować pacyjenta. Dalej często nie ma sposobu wygniecenia drobnych szczególnie ziarn. Nareszcie—i to uznaję za najpoważniejszy zarzut, dający się uczynić téj metodzie — wskutek takiego wygniatania wytwarzają się małe, nieforemne blizenki, powierzchnia spojówki staje się nierówną, a stąd spostrzegać można liczne przypady cierpień rogówki, wprost mechanicznie drażnionéj przez szorstką wewnętrzną powierzchnię powiek.

Jeszcze w wyższym stopniu posiada też same wady sposób zdrapywania, a nawet właściwszy w tym razie sposób wyskrobywania mieszków limfatycznych; o podobnych sposobach leczenia jaglicy istnieją luźne wzmianki już w dziełach Galena, Pawła z Eginy, Celsa, a głównie w dziełach Aëtijusza. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Rydygiera w Krakowie.

Szereg przypadków operowanych według metody autoplastycznej Maasa.

Skreślił
Dr. Aleks. Bossowski
Docent chirurgii i I. asystent kliniki chirurg.
(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

IV-ty przypadek zawdzięczam łaskawości prof. Dr. Rydygiera, który dokonał w szpitalu św. Ludwika z powodu blizny, przyciągającéj ramię do klatki piersiowéj, transplantacyi za pomocą płatu skórnego z brzucha do pachy wędrującego.

P. Z. l. 5½ ze Zborczyc, doznał przed kilku miesiącami w płomieniu oparzenia kończyny górnéj prawéj i bocznéj ściany klatki piersiowéj tak, że w d. 2/5 1889, gdy chłopiec oddanym został do szpitala, znaleziono stan następujący:

Całe ramię prawe, przywiedzione przez bliznę krótką, grubą, i niepodatuą zupełnie do ściany klatki piersiowéj, na której ku przodowi aż po za linię pachową przednią, jako też w tył na szerokość trzech palców poprzecznych od linii pachowéj tylnéj skóra bliznowato zmieniona. Nadto kończyna górna prawa ustaloną jest w łokciu pod kątem 120° przez bliznę, która się ciągnie po przedniéj ścianie aż na górną część przedramienia; w górnym odcinku ramienia na tylnéj jego powierzchni owrzodzenie wielkości dłoni, pokryte ziarniną, które z ramienia szerzy się na tylną zewnętrzną część klatki piersiowéj.

D. 25/6 1889 wykroił prof. Rydygier z prawéj połowy brzucha płat skórny, długi na 15, szeroki na 8 ctm. i odwróciwszy powierzchnię ranną ku przodowi, odwinął go ku górze i szwem węzełkowym z jedwabiu zespoił na szerokiéj płaszczyźnie brzeg dolny płatu, obecnie w górę przesunięty, z ranną powierzchnią umyślnie w tym celu zadaną na przedniéj ścianie klatki piersiowéj w okolicy 5-go i 6-go żebra prawego przed linię pachową przednią. Po złączeniu szwem rany w powłokach brzusznych okryto szypułkę płatu gazą, powleczoną pokładem maści borowej i opatrzono płat i ranę brzuszną antiseptycznie. W 12 dni po wycięciu płatu zmieniono opatrunek i stwierdziwszy dokładne przyrośnięcie płatu brzegiem w ranie skórnéj klatki piersiowéj, wydobyto szwy i przystąpiono do dalszego aktu plastyki. Przedewszystkiem okrojono bliznę, przyciągającą ramię, prowadząc jedno cięcie od tyłu wzdłuż zewnętrznego brzegu łopatki, aż do pachy, drugie zaś od przodu łukowato tak, że wierzchołek łuku dosiągał przygojonego brzegu płatu brzusznego. Teraz odwiedziono ramię od klatki piersiowéj i po przecięciu pierwotnéj szypułki płatu brzusznego, jako też zeskrobaniu ostrą łyżeczką ziarniny z rannéj jego powierzchni, odwrócono płat powierzchnią przyskórka wprzód, odwijając go raz jeszcze ku górze aż na wierzchołek obranionej pachy. Po odcięciu grubéj blizny, wiszącéj na ramieniu, złączono ubytek tegóż, przyciągając szwem brzegi skóry utrzymanéj i zbliżywszy brzegi ubytku na bocznéj ścianie klatki piersiowéj szwem pętlicowatym jedwabnym, pod który podsunięto zwitek gazy jodoformowéj, złączono szwem płat brzuszny w pachę przeniesiony od góry z brzegami skóry zespojonéj na ramieniu, ku przodowi zaś z przednim brzegiem ubytku na bocznéj ścianie klatki piersiowéj.

Przebieg po tym zabiegu plastycznym zaburzony był podwyższeniem się ciepłoty ciała do 39° dochodzącéj i z tego powodu, już po kilku dniach, przystąpiono do zmiany opatrunku, przyczem okazało się, że brzegi skóry połączone szwem na ramieniu ulegają obumarciu. Mimo tego niefortunnego zajścia płat przeszczepiony nie przedstawiał zaburzenia w odżywieniu i prócz ropienia w pojedynczych kanałach szwowych, które brzegi jego nadżarło, przyrósł należycie do dna, osłaniając w ten sposób wierzchołek pachy. Pokrycie rozległego ubytku na bocznéj i tylnéj ścianie klatki piersiowéj, jako też powierzchni rannéj ramienia, powstałéj wskutek obumarcia brzegów skórnych, będzie rzeczą dalszych zabiegów plastycznych.

Opisując dotychczas uzyskany wynik, pragnę zwrócić uwagę na to, że nawet w tak niekorzystnych warunkach, przeszczepiony i wędrujący z miejsca na miejsce płat przyrósł należycie bez znaczniejszych zaburzeń do dna w przeznaczonéj mu okolicy.

Do nadmienionych przypadków z przeszczepieniem płatów skórnych z odległych stron ciała dołączę jeszcze jeden, w którym wprawdzie płat z bliższéj okolicy został do plastyki wzięty, jednak odbył dwukrotną wędrówkę, aby przemknąć się po za most skórny, pierwotne jego siedlisko od ubytku dzielący.

VII. M. S. l. 28 z Działoszyc, ugodzona przed 2 laty nabojem śrutu z dubeltówki, doznała obrażenia wargi górnéj i dolnéj połowy chrzęstnéj nosa, ktore sprowadziło ubytek wargi górnéj z obnażeniem dziąseł i zębów po prawéj stronie, jako też ubytek nosa chrzęstnego, któremu niedostaje zupełnie skrzydełka prawego, podczas gdy z lewego skrzydełka i przegrody błoniastéj utrzymały się przy wardze górnéj resztki bliznowato zmienione. Wspólny otwór nosowy, wytworzony po zniszczeniu przegrody błoniastéj, o brzegach bliznowatych i dnie owrzodziałem, zagłębia się lejkowato ku tyłowi i przechodzi w wąski kanał, prowadzący do przewodu nosowego lewego. Blizna łącząca ubytek wargi górnéj, w miejscu zniszczonego odcinka nosa grubieje w wał i w dalszym ciągu szerzy się płasko na policzek prawy.

Po zamknięciu ubytku wargi górnéj, przez wycięcie blizny i zespojenie szwem brzegów szerokiego rozszczepu wargowego, przy pomocy dodanych cięć zwalniających i oddzielenia brzegów od podstawy, przystąpiono w kilka tygodni po udatnym wyniku tego pierwszego zabiegu w d. 18 lutego 1889 r. do dorobienia nosa sztucznego, do czego wobec blizn na policzku i wardze górnéj, jedynie skóra czoła z korzyścią nadać się mogła. Wobec téj okoliczności, że zbyt niskie czoło choréj nie pozwalało na wycięcie dostatecznie wielkiego płatu do dorabiania całego nosa bez zabrania równocześnie skóry głowy włosami pokrytéj, a zwłaszcza, że tu rozchodziło się tylko o zastąpienie dolnéj zniszczonéj części nosa, podałem projekt wykrojenia ze skóry czoła płatu mniejszego, któryby wystarczył właśnie na pokrycie niedostających części nosa i przeniesienia go na ubytek w drodze powolnéj wędrówki. Dr. Sondermayer, ówczesny asystent 2-gi kliniki chirurgicznéj, wykonał według téj myśli zabieg rinoplastyczny, wycinając w obrębie skóry czoła płat kształtu jajowatego z szeroką podstawą w pobliżu korzenia nosa i zabrał prócz skóry okostną, a nawet cienką blaszkę kości. Nieco powyżéj górnego brzegu ubytku na nosie, zachodząc aż w bruzdę noso-policzkową prawą, obraniono powierzchnię skórną w kierunku poprzecznym i połączono z nią szwem węzełkowym z jedwabiu wolny brzeg płatu, przeciwległy szypułce po opuszczeniu go w dół i odwróceniu w ten sposób

płatu ranną powierzchnią ku przodowi. Kilku szwami węzełkowemi z jedwabiu pomniejszono częściowo ubytek skórny na czole, wynikły z wycięcia płatu i osłoniwszy płat przeszczepiony w całości płatkiem gazy nałożonym maścią borową, pokryto obie rany opatrunkiem z gazy i waty sublimatowéj. W 8 dni po wykonaniu pierwszéj części rinoplastyki zmieniono opatrunek i stwierdzono, że brzeg płatu przyrósł w granicach szwu należycie do rannéj powierzchni nosa tak, że część szwów mogła być usunięta.

Celem zabezpieczenia płatu od kurczenia się bliznowatego i nadania mu większéj jędrności, okryto anaplastycznie sposobem Thierscha ranną jego powierzchnię, zabieg ten jednak powiódł się tylko częściowo i równocześnie z obumarłemi płatkami przeszczepionéj sposobem Thierscha skóry, oddzieliła się blaszka kostna przeniesiona ze skórą czoła. Z powodu zastosowania anaplastyki odwleczono przecięcie szypułki płatu prawie do 4 ech tygodni od chwili wykrojenia go z czoła, a po dokonanem odłączeniu tejże opuszczono płat czołowy raz jeszcze ku dołowi, zwracając przez to powierzchnię jego przyskórka na zewnątrz. Umocowany obecnie jednym brzegiem w pobliżu ubytku nosa płat zespojono szwem, łączącym brzegi jego boczne z obranioną powierzchnią skóry w okolicy dolnéj bruzd nosowo policzkowych, a po stronie lewéj nadto część brzegu dolnego z utrzymaną resztką skrzydełka nosowego. Przyrośnięcie płatu na nowych punktach stycznych nastąpiło bez zaburzeń i z biegiem czasu zaokrąglił się koniec nosa i urobiło się skrzydełko prawe tak, że z wyjątkiem niedostającéj przegrody błoniastéj, sztucznie dorobiony nos odpowiadał zwykłym wymogom kształtu. Bruzdę między utrzymaną a dorobioną częścią nosa w poprzek grzbietu jego się ciągnącą wycięto i ubytek przez to powstały złączono szwem, który doprowadził do linijnéj blizny na grzbiecie.

Wędrówka, którą płat w powyższym przypadku odbył, pozwala na pokrycie dolnych odcinków nosa z mniejszym nakładem skóry czołowej i mniéj znacznem oszpeceniem czoła i chroni od niezbędnego często wkroczenia płatu w granicę porostu włosów, a wykluczając górne niedotknięte zmianą okolice nosa od pokrycia plastycznego, zapobiega zniekształceniu tych części i umożliwia zarazem przy téj saméj wielkości przeniesionego materyjału plastycznego wyrównanie tak dostatnie ubytku, że nawet wobec skurczenia się następowego płatu przeszczepionego wolno spodziewać się zachowania korzystniejszego kształtu nosa. Tam przeto, gdzie przy pokryciu częściowych ubytków nosa skóra czoła zastępczą ma odegrać rolę, zastosowana w powyższym przypadku wędrówka płatu wobec korzyści i powodzenia, na które postępowanie to nie trudne do wykonania liczyć może, winno pozyskać sobie zupełne usprawiedliwienie.

Trzymając się w głównych zasadniczych punktach przepisów wskazanych dla autoplastyki przez Maasa, użyto z pomyślnym skutkiem niezmiennie w opisanych 5 przypadkach plastyki na kończynie górnéj do ustalenia tejże w pobliżu wykrojonego z brzucha płatu, poduszek i wałków z waty, podpierających kończynę na brzuchu i klatce piers., a umocowanych zwojami opaski miękkiéj kalikotowéj i organtynowéj mocno nakrochmalonéj. Przyznać trzeba, że ten sposób opatrzenia mniéj sprawia choremu niewygody, aniżeli unieruchomienie za pomocą opatrunku gipsowego i wszędzie tam, gdzie bez szkody może takowy zastąpić, należy go stosować.

Jedwab, jako materyjał do zespojenia przeszczepionego płatu, nie mniéj dobre oddał nam usługi, jak zalecany przez Maasa szew z katgutu, stwardniałego w roczczynie kwasu chromowego.

Do zabezpieczenia szypułki płatu od zasychania posługiwaliśmy się wyłącznie według przepisu Maasa gazą powleczoną pokładem maści borowéj; pożądanem byłoby jednak zastąpienie maści borowéj do tych celów innym środkiem równie ochronnym, a dzielniejszym pod względem antiseptyki, do zaburzenia któréj przez podejrzaną zawsze maść borową odnieść mi wypada ropienie kanałów w szwach spajających płat, a nawet jak w przypadku V-tym, ropień w ranie powłok brzusznych w pobliżu dawnej szypułki płatu, osłoniętej płatkiem z maścią borową.

Pomyślne wyniki naszych przypadków osiągnięte po zastosowaniu autoplastyki na wzorach postępowania Maasa opartéj, niechaj posłużą jako dalszy przyczynek do rozpowszechnienia téj metody, nie dość należycie jeszcze dotąd ocenionéj, która wprawdzie domaga się surowego przestrzegania zasadniczych prawideł postępowaniu temu nałożonych, ale w myśl tychże przeprowadzona, zdobywa w zamian cenne i wydatne rezultaty, niedoścignione często dla innych sposobów plastycznych, a zawsze trwalsze i skuteczniejsze.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Grube: **O zatorze tłuszczowym.**

Autor opisuje 1 przypadek zatoru tłuszczowego z własnéj praktyki, który się zakończył śmiercią i rozpatruje tę kwestyję na podstawie dat z literatury. Przypadek jego jest nieco odmiennym od ogólnego typu téj choroby, jak ją w podręcznikach opisują, tak n. p. śmierć z zatoru nastąpiła dopiero w 2 tygodnie po licznych złamaniach kości i urazach części miękkich. Daléj w moczu chorego pomimo kilkakrotnego badania nie znaleziono tłuszczu, co tłumaczy autor tem, że tłuszcz wydziela się z ustroju nie ciągle, lecz peryjodycznie. Wyniki, do których autor przyszedł na podstawie własnego przypadku i podań autorów, są następujące:

1) Przy licznych urazach szkieletu kostnego i części miękkich należy zawsze pamiętać o możności wystąpienia zatoru tłuszczowego.

2) Dla przekonania się, czy tłuszcz wolny znajduje się we krwi chorego i dla dowiedzenia się o jego ilości, należy badać mocz takiego chorego na obecność tłuszczu przez trzy tygodnie po kilka razy na dzień.

3) Jednym z charakterystycznych objawów zatoru tłuszczowego jest utrudnienie oddychania, połączone z obniżeniem parcia krwi. W przypadku autora przyłączył się jeszcze do utrudnień oddychania szereg następujących po sobie gwałtownych kichań.

4) Dla zapobieżenia zatorowi tłuszczowemu należy przestrzegać, ażeby chory zachowywał się jak można najspokojniéj, o ile możności jak najrzadziéj zmieniać opatrunek i nigdy nie stosować mięsienia, które wytwarza *vis a tergo*, potrzebną do mechanicznego wepchnięcia tłuszczu do naczyń.

5) Przy urazach części miękkich, gdzie powstają jamy wypełnione krwią, należy otwierać te krwiaki, ażeby obniżyć znaczne ciśnienie tam istniejące; podobnież należy się zachowywać w analogicznych przypadkach przy resekcyi stawów.

6) W razie wystąpienia zatoru uważa autor za najstósowniejsze leczenie podawanie środków moczopędnych i sercowych. (*Chirurgiczeskij Wiestnik*, 1889, luty i marzec).

A. W.

Farmakologija.

† Prof. Sée zaleca nowy środek moczopędny, mianowicie cukier mlekowy, który według niego ma działać lepiéj niż wszystkie środki dotychczas używane i jest zupełnie nieszkodliwym. Działanie moczopędne otrzymuje się jednakowoż tylko w puchlinie pochodzenia sercowego. W puchlinie pochodzenia nerkowego działanie tego środka jest wątpliwe albo żadne, a również nie wywiera on żadnego wpływu u chorych na serce, u których zajęte są i nerki. Jeżeli chorzy cierpią na biegunkę albo obficie się pocą, to cukier mleczny również nie działa. Chorzy zwykle dobrze znoszą cukier mlekowy, jeżeli zaś wyjątkowo wywołuje on jakiekolwiek nieprzyjemne objawy, dodaje się do niego dla zamaskowania smaku trochę wódki lub mięty. Autor podaje cukier mlekowy po 100 grm. na 2 litry wody w ciągu 8—10 dni, potem robi przerwę na kilka dni i w razie potrzeby podaje go

dalej. Przez czas zażywania lekarstwa chorzy nie powinni za nadto często używać innych napojów a szczególniéj mleka. Pokarmów pozwala autor używać wszystkich a szczególniéj radzi mięsne. Sée przypuszcza, że cukier mlekowy działa na oddzielające składniki nerek. (*La Semaine médicale*, 12 czerwca).

Medycyna wewnętrzna.

Wasiljew: **Przyczynek do kwestyi przyswajania tłuszczów z pokarmów mięszanych w biegunkach suchotników.**

Autor czynił doświadczenia na 3 suchotnikach w celu zbadania, o ile zmniejszenie zdolności przyswajania tłuszczów zależy od biegunki tak często występującéj w przebiegu gruźlicy. Doświadczenia czynił w ten sposób, że karmił cierpiących na biegunkę w ciągu 4—5 dni mięszanemi pokarmami o znanym składzie chemicznym i oznaczał ilość kwasów tłuszczowych. Przez trzy dni następne robił przerwę w badaniu i podawał chorym makowiec w celu wywołania kału twardego. Wreszcie w ciągu następnych 4—5 dni karmił badanych znowu pokarmami badanemi i oznaczał w twardym ich kale ilość kwasów tłuszczowych. W pierwszym okresie doświadczenia na 100 grm. przyjętego tłuszczu znalazł kwasów tłuszczowych w kale 8·29, 15·07 i 12·68 grm.; w 3-im okresie 7·9, 15·91 i 23·24 grm. U zdrowego zaś człowieka ilość kwasów tłuszczowych w kale wynosi na 100 grm. przyjętego tłuszczu 2·12—8·58 grm. Z liczb tych wynika, że 1) przyswajanie tłuszczów u suchotników jest zmniejszonem i 2) sztuczne usunięcie biegunki nie wpływa na przyswajanie tłuszczów. (Wysoką liczbę w 3 im przypadku tłumaczy autor zmianą w dyjecie). *Wracz*, 1889, Nr. 24 i 25).
A. W.

Chirurgija.

W. Sawicki (z Wyborga): **Przypadek urojonego połknięcia szczęki ze sztucznemi zębami. Rozcięcie gardziela z zewnątrz. Wyzdrowienie.**

Przypadek niniejszy jest ciekawym ze względu na to, że przedstawia typowy przykład wpływu psychicznego ośrodków nerwowych na powstawanie zaburzeń patologicznych.

Autora powołano w nocy do chorego, który miał połknąć sztuczną szczękę. Był to człowiek 55 letni, dobrze odżywiony, z krótką szyją. Twarz i wargi jego były sine, oczy wytrzeszczone i krwią nabiegłe, tętno 120 słabe. Przy obmacywaniu gardziela na wysokości obojczyków można było wyczuć twardsze, nieco wystające miejsce. Pomimo przekonywań autora, że jest fizycznie niemożebnem połknąć przedmiot takich rozmiarów jak szczęka, chory uporczywie obstawał przy swojem. Badanie przyrządem do wyciągania monet zdawało się jednak potwierdzać istnienie obcego ciała w gardzielu, przyrząd bowiem dochodził tylko do górnéj części gardziela, a przy próbach wyciągnięcia go ztamtąd przedstawiał bardzo znaczny opór przy pewnem ustawieniu. Autor zaprosił jeszcze kilku kolegów i jeden z nich Dr. Sundmann wykonał rozcięcie gardziela. Cięcie zewnętrzne przechodziło między tchawicą i mięśniem mostko-obojcz.-sutkowym. Utraty krwi prawie nie było; operacyję wykonano pod chloroformem. Po rozcięciu przełyku nie znaleziono jednak żadnego ciała obcego ani zwężenia, mniemano więc, że pod wpływem chloroformu osłabły mięśnie gardziela, a obce ciało przeszło do żołądka. Gdy po obudzeniu się chorego na jego usilne żądanie pokazania mu szczęki wytłumaczono mu, że znajduje się ona prawdopodobnie w żołądku, poczuł on nagle gwałtowne bóle w żołądku, które na drugi dzień po operacyi jeszcze się zwiększyły; ciepłota ciała była 38·70, tętno 120. Wkrótce po odwiedzinach autora znaleziono przy wymiataniu pokoju pod kanapą szczękę sztuczną, którą też pokazano choremu. Natychmiast ustały bóle żołądka, ciepłota wieczorem była 38·6°, tętno 100. Chory więcéj nie gorączkował, a wyzdrowienie szybko postępowało. Obecnie jest on zupełnie zdrów i czuje się, jak mówi, lepiéj niż przed operacyją. (*Wracz*, 1889, Nr. 26).
A. W.

Choroby kobiece i położnictwo.

Winawer: **Sposób Thure Brandta jako środek rozpoznawczy w chorobach jajowodów.**

Jeżeli jajowody wskutek zapalenia tylko nieznacznie są powiększone i wypociną przymaciczną i omaciczną otoczone, przedstawia rozpoznanie znaczne trudności. W takich razach jest bardzo korzystnem mięsienie ginekologiczne. A mianowicie pod wpływem mięsienia stają się powłoki brzuszne bardziéj wiotkiemi i bezbolesnemi, a wskutek wessania wypociny, jajowody otaczającéj i usunięcia zrostów jajników i macicy stają się jajowody wolnemi i dostępnemi do zbadania. Autor sądzi jednak, że mięsienie nie jest środkiem zupełnie odpowiednim dla leczenia chorób jajowodów, chociaż Thure Brandt stosuje je i w tych przypadkach. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, Nr. 52).
A. W.

Choroby dzieci.

Ząbkowanie noworodków. W „Przeglądzie Lekarskim" Nr. 9 z dnia 2 marca 1889 roku podałem niezwykły przypadek ząbkowania. Noworodek w położeniu pośladkowem nieżywo urodzony okazał w szczęce górnéj i dolnéj prócz zębów mądrości wszystkie zęby zupełnie rozwinięte. Podałem powyż opisany przypadek jedynie z powodu, że podobne zdarzenia nie były mi z literatury znane. Przed kilku dniami przyszła do mnie kobieta z Równego (w pobliżu Dukli) z noworodkiem dwutygodniowym, użalając się, że dziecię ssać nie może. Noworodek odpowiednio dobrze rozwinięty okazał dziąsła górnéj i dolnéj szczęki nieco obrzękłe, sinobiałe, pod uciskiem palca twarde, okazujące oznaki pierwszego ząbkowania. Ząbki okazują się jak małe perełki. Mając ten przypadek w pobliżu nieomieszkam, jeżeli dziecię przy życiu pozostanie, podać dalszy przebieg ząbkowania.
Dr. Reiss w Dukli.

Choroby skórne i weneryczne.

H. Baaz (Graz): **Wysypka skórna podobna do łuszczycy z cechą zakaźną.**

Przypadki spostrzegane przez B. były zupełnie podobne tak ze względu na występowanie, jak i wejrzenie do łuszczycy, spostrzeganie jednak dalszego przebiegu pouczyło, że wysypka ta rozszerzała się z osoby na osobę, tem samem miała zakaźną cechę, co jest w niezgodzie z wiadomościami o łuszczycy, która według zdania wszystkich dermatologów z Hebrą na czele jest chorobą niezakaźną. Lassar wprawdzie twierdzi, że udało mu się u królików przez wcieranie w skórę łusek ludzkiéj *Psoriasis* wywołać u nich podobną chorobę skórną, ale wnet wykazał mu Behrend, że to nie jest *Psoriasis humana* już z tego powodu, że łuszczyca nigdy u człowieka nie sprowadza w miejscach chorobowych wypadania włosów. U siedmiu osób, należących do jednéj rodziny, spostrzegał B. w krótkim czasie następujące zmiany: W wszystkich przypadkach poprzedzało wybuch zapalenie gardła z gorączką, wybuchowi samemu towarzyszyło silne swędzenie, zmiany zaś przedstawiały się wszędzie jako rozprószone plamy na skórze zresztą zdrowéj, od wielkości soczewicy do wielkości centa, barwy ciemno-czerwonéj, mało tylko ponad skórę wysterczające, które w krótkim czasie pokryły się białawo połyskującemi łuskami. Plamy te powiększały się w dalszym przebiegu w obwodzie a znikały w środku. Zachorowanie siedmiu osób, w jednem mieszkaniu przebywających, szybko po sobie na jedną i tę samą wysypkę każe przypuszczać, że wysypka ta została przeszczepioną z jednego osobnika na drugi przez bezpośrednie przeniesienie. W końcu rozprawy rozróżnia autor tę chorobę od chorób skórnych, za któreby opisaną brać można było, t. j. z ostrą wysypką, kiłą, wypryskiem, pierzchnicą czerwoną i łupieżą różową. (*Berl. kl. Woch.* 1889 Nr. 26).
Dr. Baschkopf.

Toksykologija.

† Prof. Dr. Winogradow opisuje w „*Jeżeniediel kliniczeskoj gazietie*" przypadek zatrucia kokainą, który był przyczyną samobójstwa prof. Kołomnina.

U choréj mającej 23 l., któréj matka cierpiała na gruźlicę i która w dziecięctwie miała pod pachą ropnie natury zołzowéj, wydzielała się z odbytnicy ropa, a czasami i krew. Przed operacyją znajdowała się chora w klinice przez jedną dobę, przyczem skonstatowano u niéj naciek i nierówność powierzchni przedniéj ściany odbytnicy. Na podstawie tego rozpoznano gruźlicę téjże i postanowiono naciek wyskrobać. Dla znieczulenia miejscowego zastrzyknięto choréj 30 grm. 5% rozczynu kokainy, to jest miano wprowadzić koło 1,5 grm. chlorku kokainy. Ale badanie chemiczne wykazało, że rozczyn ten nie był 5% lecz 4,46% wprowadzono więc 1,33, a prócz tego przy wprowadzeniu zwier-

ciadła Symego wylało się z jelita koło łyżki cieczy. Operacyja trwała kwadrans. W kilka minut po niéj wpadła chora w stan podrażnienia, a po 15 minutach wystąpiły kurcze w rękach, sinica, utrata przytomności, rozszerzenie żrenic i jakby napad padaczkowy. Wszystkie zabiegi w celu utrzymania choréj przy życiu pozostały bez skutku. Sekcyja sądowo-lekarska, któréj wymagał prof. Kołomnin, wykazała, że gruźlicy nigdzie nie było. W całym przewodzie pokarmowym gruczołki odosobnione były powiększone, a niektóre z nich zamieniły się na wrzody. Na przedniéj ścianie kiszki prostéj znajdował się większy ubytek pokryty strupem (wskutek przypalania). Prócz tego znaleziono zastarzałą *glomerulo-nephritis*. Rozbiór chemiczny wykazał w mózgu, wątrobie, śledzionie i jelitach chlorek kokainy. Prof. Winogradow opierając się na tem, że Dellfosse i Boeckel wprowadzają do jelit i pęcherza moczowego jeszcze większe ilości kokainy bez żadnych szkodliwych następstw, uważa ten przypadek za nieszczęście, które może się zdarzyć każdemu lekarzowi. Czynnikiem sprzyjającym zatruciu była tu choroba nerek. (*Wracz*, 1889, Nr. 26). *A. W.*

† Dr. W. White opisuje przypadek śmiertelnego zatrucia kwasem chromowym. Młoda kobieta miała na częściach rodnych klykciny grubości kilku centimetrów. Po dwutygodniowem bezskutecznem stosowaniu zimnych okładów, autor zastosował wypalanie 20% rozczynem kwasu chromowego. Wypalanie to wykonano tylko raz jeden w uśpieniu eterowem, przyczem zużyto 15 grm. rozczynu. W nocy potem była chora w stanie pobudzenia i doznawała pragnienia. Na drugi dzień znaleziono ją bladą, z odnogami zimnemi, ciepłota pod pachą wynosiła 37,8°C. Żadne środki nie pomogły i po 27 godzinach chora umarła. Sekcyja wykazała kilka wynaczynionek na błonie śluzowéj żołądka, zapewne wywołanych wymiotami, wątrobę muszkatołową, rozszerzenie pęcherzyka żółciowego ciemno-zabarwioną żółcią i przekrwienie nerek. Osłony i sploty naczyniowe w mózgu również były krwią przepełnione. Badanie chemiczne wykazało chrom w wątrobie i nerkach, w mięśniach prostych brzucha chromu nie było. (*La Semaine médicale*, 12 czerwca). *A. W.*

IV. Pierwszy Zjazd chirurgów polskich.

We wtorek wieczorem odbyło się w hotelu „pod Różą" towarzyskie zebranie uczestników Zjazdu, a we środę rano o godz. wpół do 9-téj zebrali się oni w klinice chirurgicznéj. Przedewszystkiem obejrzano szczegółowo gmach i jego urządzenia, a objaśnienia w téj mierze dawali: prof. Rydygier, inżynierowie p. Sare i p. Piżel.

Przed godz. 10 rano przeszli uczestnicy Zjazdu do sali wykładowéj i operacyjnéj. Okna téj sali zasłonięte szczelnie, tak, że światło dzienne nie wpada, natomiast u stropu zawieszona lampa elektryczna oświetla wybornie całą salę. Okna zasłonięte dlatego, ponieważ odbywać się mają projekcyje elektryczne, illustrujące odczyty. Dlatego też ustawiono na sali aparat do projekcyi mikroskopowych obrazów. Ławki amfiteatralne naokoło sali zapełniali chirurdzy, przybyli na Zjazd z wszystkich stron Polski, profesorowie Uniwersytetu, lekarze tutejsi oraz uczniowie medycyny. Przeszło 160 osób obecnych jest na sali.

Pierwszy przemówił inicyjator Zjazdu prof. Rydygier temi słowy:

Witam wielce szanownych Panów, witam serdecznie! Kiedy przed rokiem na Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie zaproponowano utworzenie Zjazdów chirurgicznych, słusznie mogły się odezwać obawy, czy też mamy już dostateczną liczbę specyjalnych pracowników w tym kierunku. Że obawy te były płonnemi, dowodzi najlepiéj dzisiejszy nasz Zjazd tak liczny, dowodzą jeszcze dobitniéj liczne zapowiedziane wykłady. Pierwszy Zjazd chirurgów polskich schodzi się z otwarciem nowego tego gmachu kliniki chirurgicznéj. Dumny jestem i szczęśliwy, że pierwsza czynność w téj sali dziewiczéj — bo dotychczas krew tu jeszcze nie popłynęła — to obrady naszego Zjazdu. Zaiste najlepsze otwarcie dla kliniki chirurgicznéj. Niechaj to będzie dobrą wróżbą na przyszłość tak dla téj kliniki, jak i dla naszych zjazdów. Ogłaszam pierwszy Zjazd chirurgów polskich otwartym! (Oklaski).

Uchwalono następnie statut Zjazdów, postanawiając, że do prezydyjum ma należeć 2 zastępców przewodniczącego i 2 sekretarzy.

Przystąpiono do ukonstytuowania Zjazdu. Na wniosek prof. Obalińskiego przez aklamacyję powołano prof. Rydygiera na przewodniczącego tak obecnego, jak i przyszłych Zjazdów, a to w uznaniu jego zasług około doprowadzenia Zjazdów do skutku. Prof. Rydygier przemawiał za wybieraniem co roku przewodniczącego kartkami tak, aby się na przyszłość uchwałami obecnie powziętemi nie krępować. Mimo tego Zgromadzenie przyjęło przez aklamacyję wniosek prof. Obalińskiego. Za wybór tak zaszczytny podziękował gorąco prof. Rydygier, prosząc o względy, pobłażanie i poparcie.

Odczytano listę uczestników, obejmującą nazwiska przeszło 60 znanych chirurgów ze wszystkich ziem polskich.

Z listy téj powołano przez aklamacyję na zastępców przewodniczącego: Dra Stankiewicza z Warszawy i prof. Obalińskiego z Krakowa; na sekretarzy Dra Wehra ze Lwowa i docenta Bossowskiego z Krakowa; na kasyjera Dra Trzebickyego z Krakowa. W prezydyjum zasiada jeden zastępca przewodniczącego, jeden sekretarz i kasyjer z Krakowa dla tego, albowiem Zjazdy zawsze odbywać się będą w Krakowie i z tego powodu biuro zawsze musi być kompletne, aby wszelkie sprawy załatwiać mogło.

Zagaił następnie przewodniczący Zjazdu prof. Dr. Rydygier rozprawy naukowe.

Z pierwszym odczytem; „O skolijozach neuropatycznych" wystąpił Dr. Jasiński z Warszawy. Odczyt objaśniały przedłożone przez prelegenta fotogramy oraz produkcyje świetlane preparatów. Rozprawy nad odczytem nie było.

Uchwalono, aby wobec tak wielkiéj liczby zapowiedzianych odczytów żaden nie trwał dłużéj nad 20 minut.

Drugi odczyt miał Dr. Dembowski z Wilna, p. t. „Przyczynyk do kwestyi t. z. *cylindroma.*"

Następnie mówili: Dr. Barącz, Bujwid i Wehr o aktinomykozie, demonstrując odpowiednie preparaty, Dr. Zielewicz o leczeniu wrzodów goleniowych za pomocą transplantacyi skóry, poczem o godzinie 1-széj zrobiono pauzę do godz. 2 giéj, o godzinie 4-téj zaś prof. Rydygier podjął uczestników Zjazdu u siebie obiadem.

Sprawozdanie szczegółowe podamy późniéj.

Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj,

skreślił

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

Rozgłośne hymny pochwalne, opiewające cuda wystawy paryskiéj, znęciły mnie i kazały mi się zaciągnąć do milijonowego tłumu spieszącego do metropoli świata, aby podziwiać nietylko czarowne pałace, jakie się na 140 morgowéj przestrzeni wystawowéj rozsiadły, ale zarazem przypatrzeć się ostatnim wynikom pracy ludzkiéj na polu sztuk i przemysłu, na polu nauk ścisłych i umiejętności, i o ile to można było wśród natłoku wrażeń, przestudyjować również wystawę lekarską w ogólnem, a higijenę w ściślejszem słowa tego znaczeniu.

Nie zamierzam bynajmniéj opisywać pawilonów lub urządzeń higijenicznych w pojedynczych barakach, gdyż wdawanie się w drobnostkowe szczegóły przekroczyłoby rozmiary krótkiego sprawozdania i znużyłoby zbyt szybko łaskawych czytelników Przeglądu — a ograniczę się natomiast do zaznaczenia postępów na polu higijeny we wszelkich jéj przejawach, oraz do rzutu oka na część lekarską, zwłaszcza zaś na świetnie i licznie reprezentowane przez różne firmy wyroby chirurgiczne, oddawna cieszące się głośnem, a dodać należy, że i słusznie zasłużonem uznaniem.

Urządzeń lekarskich na wystawie paryskiéj trzeba skrzętnie szukać z planem wystawowym w ręku — wobec bowiem ogromu przestrzeni, na jakiéj z ogromnym kosztem powznoszono prześliczne pawilony i pałace kolonijalne we wschodnim guście, a nadto pałace przemysłowe i innego rodzaju budowle, można przebiedz wystawę całą wszerz i wzdłuż, lub też objechać ją dookoła wagonami na umyślnie zaimpro-

wizowanéj kolei żelaznéj (*Chemin de fer Decanville)*, a część lekarską wystawy można po prostu przeoczyć. Dla tego też wypada mi wspomnieć dla lepszego zrozumienia rzeczy, że wystawa paryska składa się z 2 części, z których pierwsza, główna, a uwieńczona wspaniałą 300 metrową wieżą Eitfla, obejmuje ogromny plac od pałacu z dawniejszéj wystawy, zwanego Trocadéro, poza Sekwanę z mostem Jeny, aż do pałacu przemysłowego i olbrzymiéj hali maszyn — druga zaś położona koło pałacu Inwalidów, na tak zwanéj Esplanadzie Inwalidów (*L'Esplanade des Invalides)* obejmuje pałace wystawowe z kolonij francuskich i wystawę ministerstwa wojny.

W pierwszéj połowie placu wystawowego zaraz po za wieżą Eiffla widać zdala dwa pięknemi kopułami uwieńczone pawilony, które prostokątnie przytykają do pałacu przemysłowego, obejmując przestrzeń wypełnioną jeziorkami, trawnikami, grupami posągów, wodotryskami mieniącemi się przy wieczornem oświetleniu elektrycznem wszystkiemi barwami tęczy, oraz mniejszemi pawilonami i kioskami. W jednym z tych ogromnych pawilonów umieszczono wystawę sztuk pięknych (*Palais de Beaux-Arts*), w drugim zaś sztuki wyzwolone (*Arts Liberaux)*. Otóż w tym ostatnim pawilonie mieści się zarazem i wystawa lekarska (*Medecine-Chirurgie*).

Na esplanadzie zaś Inwalidów tuż obok pałacu ministerstwa wojny, jakoteż poza nim, znalazła pomieszczenie skromna wystawa higijeniczna wraz z rzeczami pozostającemi w ściślejszym lub luźniejszym z nią związku. Tu się widzi również wystawę wód mineralnych, *(Exposition des Eaux minerales*), domy przeznaczone dla robotników (*Maisons Ouvrières*), wystawę czerwonego krzyża *(Societé francaise de Secours aux Blessés)*, wagony dla rannych (*Train sanitaire)* itp.

Przegląd wystawy lekarskiéj zaczniemy od pałacu sztuk wyzwolonych.

Rozglądając się po całym dziale poświęconym naukom lekarskim zauważyć musimy niestety, że szowinizm narodowy tak samo i na polu umiejętności ścisłych odegrał smutną rolę, jak i na polu przemysłu i wynalazków. Wystawców niemieckich brak zupełny. W oddziałach szwajcarskich, ba nawet i rosyjskich, znaleść potrafimy pojedyncze okazy z dziedziny nauk lekarskich — jedynie tylko niemieckich wystawców nie znajdziemy nawet na lekarstwo. Zaślepienie pod tym względem doszło do tego stopnia, że nawet w Berlinie znalazło się grono lekarzy wojskowych pruskich, które zobowiązało się solidarnie nie brać udziału w kongresach naukowych, jakie się miały odbyć przy sposobności wystawy powszechnéj w Paryżu. Słusznie skarciła ten wybryk zacofania *Berliner klinische Wochenschrift*, nazywając podobne postępowanie chinszczyzną w najgorszem słowa tego słowa znaczeniu.

Teren w pałacu wystawowym, nie zajęty przez obcych, musiał być obficie wypełnionym przez swoich, to też firmy francuskie godnie spełniły swój obowiązek narodowy i szczelnie zapełniły przestrzeń szafami z przeróżnemi lśniącemi wyrobami z zakresu chirurgii, a elegancyja i doskonałość narzędzi chirurgicznych porywa za oczy i zmusza do dokładnego przypatrzenia się tymże. Uprzejmość wystawców lub ich zastępców ułatwia bardzo bliższe oglądanie narzędzi, zwłaszcza pochodzących ze znanéj i u nas firmy „Maison L. Mathieu", którą reprezentuje obecnie syn i spadkobierca Raoul Mathieu. Jako nowość w wyrobach chirurgicznych zauważyłem bronzowanie metaliczne rękojeści narzędzi n. p. kółek w litotryptorach itp., co zwiększa nieznacznie cenę narzędzi (o 1—2 franków), a nadaje im wejrzenie nader wdzięczne. Zwróciłem również uwagę na nowy sposób zamykania nożyczek, obcążków i podobnych narzędzi, od których przy nowym, przeciwgnilnym sposobie operowania wymaga się, aby ile możności dawały się jak najdokładniéj rozebrać i oczyścić. Mathieu starał się tym wymaganiom sprostać w ten sposób, że zamiast dawnéj szrubki wstawił tylko sztyfcik prostopadły, aby zaś jedna połówka nożyczek nie odpadała od drugiéj przy zwykłem ich rozwieraniu, przytrzymał ją za pomocą szerokiego wyrostka metalicznego, wystającego na-kształt daszku w miejscu skrzyżowania się obu nóżek. Sztyfcik i wyrostek znajdują się stale przytwierdzone na jednéj nóżce, druga jest wolną i daje się z łatwością wyjmować, oraz wsuwać po należytem oczyszczeniu. Modyfikacyja ta (*la nouvelle articulation*) zwiększa również nieznacznie cenę odnośnych narzędzi, bo zaledwie tylko o 1 franka. Ceny narzędzi chirurgicznych wogóle nie są przesadne, mniéj lub więcéj są takie same, jak i u fabrykantów wiedeńskich, a dobroć ich zdaniem znawców, z którymi w téj kwestyi rozmawiałem, ma przewyższać pod każdym względem wyroby powszechnie przez nas używane. Jako przykład przytoczę, że litotryptor Reliqueta kosztuje w fabryce Reinera 36 złr. w. a. (= 75 fr. licząc frank po 48 centów), podczas gdy tenże instrument w fabryce Mathieugo kosztuje tylko 70 franków; tonsilotom (zwany amygdalotomem) Mathieugo kosztuje u nas 14 złr. w. a. a w fabryce Maison Mathieu (*Paris — Boulevard St. Germain* 113) tylko 25 franków czyli 12 złr. w. a. Wprawdzie cło i transport wyrównają, a może nawet i nieco przewyższą ceny wiedeńskie, jednakowoż z pewnością nie o wiele, a zyskuje się na dobroci i znakomitym wyrobie narzędzi, które nęcą oko wytwornością, a nie są znów tak bardzo drogie, jak to na powyższych przykładach wykazałem.

Pod każdym względem dorównywają wyrobom powyższym, również instrumenta pochodzące z fabryki „Maison Charrière" (*Paris, Chez Collin, Rue de l'Ecole de Médecine 6.*), reprezentowanéj obecnie przez Collina, który już na wystawie paryskiéj w r. 1878 wielką nagrodę za narzędzia chirurgiczne otrzymał. Ceny narzędzi w téjże fabryce są prawie takie same, jak i w fabryce Maison Mathieu, niektóre tylko instrumenta są droższe, tak n. p. litotryptor Reliqueta kosztuje o 8 franków więcéj, niż u Mathieugo t. j. (zamiast 70) 78 franków. (C. d. n.).

Z pierwszego Zjazdu międzynarodowego fizyjologów.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Z odczytów wygłoszonych na posiedzeniu rannem dnia 11 września zasługują na wzmiankę doświadczenia Kroneckera nad ruchami połykowemi u psa. które w ogólności potwierdzają rezultaty otrzymane przezemnie i przez Mikulicza u człowieka, Horsleya badania zmian elektrycznych w rdzeniu przy podrażnieniu kory mózgowéj i Minkowskiego badania nad wycinaniem trzustki. Te ostatnie doświadczenia znane już są częściowo i wkraczają właściwie bardziéj w zakres patologii, aniżeli fizyjologii. Stwierdzają one, że wycięcie trzustki całkowite jest możliwe, że zwierzęta przez pewien czas można utrzymać przy życiu, lecz że bez wyjątku we wszystkich przypadkach występuje cukrzyca, która nosi wszystkie cechy cukrzycy (*Diabetes mellitus*) powstającéj samoistnie u człowieka, i niechybnie pociąga za sobą śmierć zwierząt. Jeżeli natomiast przy wycięciu pozostawia się choćby maluczką cząstkę trzustki, to objawy cukrzycy albo zupełnie nie występują albo bywają tylko czasowe.

Poobiednie posiedzenie 11 wrześ. przeznaczone było wyłącznie na demonstracyje, które się odbywały w zakładzie anatomicznym i fizyjologicznym, w tak zwanym Vesalianum. Tu wypadło podziwiać nie tyle eksperymenta, ile zakład fizyjologiczny, tę masę ubikacyj do rozmaitych celów przeznaczonych, obfitość przyrządów, motorów, transmisyj. Wprawdzie znajdowały się tu i przyrządy nowe, dostarczone przez członków Zjazdu, lecz właściwie wszelkie eksperymenta mogłyby być wykonane za pomocą własnych przyrządów zakładu. Nie można było rzeczywiście nie podziwiać, że mały kanton równający się może jednemu ze średnich starostw w Galicyi jest w stanie do takiego stopnia zaopatrzyć wszystkie potrzeby zakładów naukowych i otoczyć taką opieką naukę. Zakład bowiem fizyjologiczny pod względem swego wewnętrznego urządzenia, może nie co do obszaru, wyrównywa najlepszym zakładom niemieckim. Jakże smutnie wyglądałyby przytem zestawieniu nasze zakłady krakowskie! Z demonstracyi wspomnieć muszę o preparatach histologicznych Hissa, w których przedstawiał dotyczące jego odczytu neuroblasty, t. j. duże z wypustkami komórki, wśród zarodkowéj tkanki rdzenia i z doświadczeń próby Vallrea, w celu wykazania prądu elektrycznego, powstającego podczas czynności serca u człowieka. Ranne posiedzenie 12 września jakkolwiek ilościowo było obfitsze niż inne, to jednak jakościowo nie wyrównywało posiedzeniom dni poprze-

dnich. Były wprawdzie podane ciekawe spostrzeżenia, lecz badania nie dość ściśle były przeprowadzone i dlatego bardzo często budziły rozmaite wątpliwości. Na tem posiedzeniu Dr. Denis, prof. fiz. w Louvain, mówił o nowym fermencie peptonizacyjnym krwi, który się wywiązuje przy dodaniu do krwi chloroformu, eteru, alkoholu i innych środków. Ferment ten ma powstawać z ciałek krwi. Dr. Fanaud o działaniu gruczołu tarczykowego, a właściwie o następstwach wycinania tego gruczołu u zwierząt. Tu wypada podnieść jeden fakt, zauważany przez autora, że u zwierząt niedokrwistych po usunięciu gruczołu tarczykowego objawy strumiprivae niewystępują, jak również, że upust krwi czasowo usuwa wszystkie objawy strumiprivae u zwierząt, u których one wystąpiły po wycięciu gruczołu tarczykowego. Faktu tego jednak autor zupełnie nie wyjaśnił. I nakoniec doświadczenia Dubois, prof. fizyjologii w Lyonie, nad działaniem światła na powierzchnię moluska *Fallus dactylus*. Zwierzę to nie posiada najmniejszych narządów wzrokowych, a nawet nerwowych zakończeń na powierzchni nóżki; mimo to powierzchnia ta jest wrażliwa na światło, o czem można się przekonać z ruchów, które nóżka wykonywa. Autor ruchy te zbadał graficznie i wykazał, że nietylko zwierzę to posiada poczucie światła, lecz że nawet ma poczucie barw. Ponieważ nóżka składa się, prócz powierzchni przybłonkowej, wyłącznie prawie z komórek mięśni gładkich, przeto podług autora jest jednym z najodpowiedniejszych narządów do badania własności fizyjologicznych téj tkanki. Na poobiednem i ostatniem posiedzeniu dnia 12-go września nasamprzód zajmowano się wyborem komitetu, mającego się zająć urządzeniem drugiego Zjazdu międzynarogowego fizyjologów, oraz kwestyją, czy prace przedstawiane na tym Zjeździe mają być ogłoszone drukiem w osobném wydaniu, czy też nie. Na wniosek prof. Dastra uchwalono: Ogłosić obok spisu członków Zjazdu tylko tytuły wygłoszonych odczytów i na tem na pierwszy raz zaprzestać. Treść zaś odczytów, którą autorowie składali na ręce sekretarzy, razem z innemi aktami dotyczącemi Zjazdu złożyć za pośrednictwem prof. Miechera w archiwum miejskiem. Następnie po załatwieniu powyższych spraw wygłoszono resztę zapowiedzianych odczytów i pokazano kilka doświadczeń. Na tem ostatniem posiedzeniu przewodniczył prof. Tarchanow z Petersbuga.

Wieczorem, jak to zwykle przy takich okolicznościach bywa, odbyła się wspólna składkowa uczta, podczas której wśród rozmowy i toastów spędzono bardzo przyjemnie kilka godzin czasu. Z toastów zasługuje na wzmiankę toast Holmgrena. Sędziwy profesor Szwed przemawiał w imieniu komitetu. Nasamprzód dziękował Szwajcarom za serdeczne gościnne przyjęcie, a szczególnie reprezentantom władz w Bazylei, następnie członkom Zjazdu za liczny udział i uświetnienie Zjazdu swemi odczytami, w końcu z naciskiem podniósł ten serdeczny koleżeński stosunek, jaki panował między przedstawicielami najrozmaitszych narodowości i zakończył życzeniem, ażeby z jednéj strony przykład Szwajcaryi, gdzie trzy narodowości żyją wspólnie w najlepszéj zgodzie, z drugiéj przyjacielskie stosunki fizyjologów, reprezentujących rozmaite narodowości, posłużyły za wzór stosunków międzynarodowych w przyszłości. Było to zresztą jedyne przemówienie, z którego nieco było czuć polityki, za to wszystkie inne nosiły cechy wybitne wzajemnéj adoracyi, jak to również zawsze przy podobnych okolicznościach bywa.

Przechodząc do osobistych wrażeń, zmuszony jestem przyznać się, że Zjazd pod wielu względami nie odpowiedział oczekiwaniu, które w podróży do Bazylei miałem. Nie przypuszczałem, ażeby w zebraniu tak licznem fizyjologów ograniczono się tylko do rozstrząsania kwestyj specyjalnych i drobnych. Sądziłem, że jeżeli już nie będą poruszane kwestyje ogólniejsze, o których mówiłem na wstępie, przecież choć w prywatnéj rozmowie czegoś się dowiem o sposobach wykładu téj nauki, o urządzeniu ćwiczeń praktycznych i t. p. Tymczasem i pod tym względem nadzieje zawiodły, ostatecznie nie wyniosłem nic nowego. Być może, że przyczyna téj obojętności na kwestyje bądź co bądź ważne i nie rozstrzygnięte kryje się w pewnéj obawie przed nowością rzeczy, pierwszy raz bowiem fizyjologowie mieli się zebrać w tak znacznéj liczbie, albo też w tem, że na Zjeździe brakowało głównych przedstawicieli współczesnéj fizyjologii. Lecz jeżeli pod tym względem doznałem rozczarowania, to natomiast stosunki, które się zawiązały między zebranymi a do tego czasu nie znajomymi członkami, zachowanie się tychże podczas debat sprawiały prawdziwą przyjemność, tak, że ostatecznie pozostały najlepsze wspomnienia. Lecz obok tych przyjemnych wspomnień pozostały i ciemne punkty. Do wywołania tych przyczynił się nietylko sam Zjazd, lecz jeszcze w wyższym stopniu podróż po Szwajcaryi i oglądanie innych Uniwersytetów szwajcarskich. Może być pierwszy raz w życiu doznawałem w takim stopniu uczucia zazdrości połączonego z pewną rozpaczą, ile razy tylko stawały mi przed oczami nasze zakłady krajowe i te warunki, wśród których zmuszeni jesteśmy pracować. Widząc bogate zakłady niemieckie nie doznaje się tego uczucia, być może dlatego, że przywykliśmy uważać to państwo za potężne i bogate, być może, że mimowoli przychodzą na pamięć miliardy francuskie; lecz gdy się przejeżdża po Szwajcaryi, gdzie odrapane skały bynajmniéj nie świadczą o wielkiem bogactwie narodowém, gdy się w dodatku przypomni z geografii liczbę mieszkańców, jeżeli się nie mylę o połowę mniejszą niż w Galicyi, to rzeczywiście trudno nie pozazdrościć tych 5-ciu kompletnych Uniwersytetów. A cóż dopiero, gdy się obejrzy zakłady fizyczne, anatomiczne, fizyjologiczne etc., z których każdy wygląda jak wspaniały dworzec, gdy się widzi to wewnętrzne urządzenie, tę masę światła, którego taki brak w zakładach krakowskich! Każdy budynek, każda drobnostka nawet, noszą cechy pewnéj trwałości, nigdzie się nie dojrzy tego wiecznego prowizoryjum, którem tchną nasze zakłady! Żegnałem Szwajcaryję przygnębiony myślą, jak wyrównać kolegom szwajcarskim, przy tak odmiennych warunkach? jedno pozostawało mi na pociechę — nasze polskie „jakoś to będzie“. *N. Cybulski.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

* Na pierwszem posiedzeniu Sejmu galicyjskiego, odbytem d. 10 b. m., JE. pan Namiestnik przedłożył w imieniu Rządu ustawę sanitarną krajową i wyraził się jak następuje:

„Przedkładam jako przedłożenie rządowe ustawę sanitarną krajową. Wiem dobrze, że sprawa ta na trudności pewne natrafić musi, w tym ciężkim roku bardziéj niż kiedykolwiek; zanim jednak Panowie sąd o téj ustawie wydacie, upraszam usilnie o przeczytanie uważne uzasadnienia poprzedzającego tę ustawę i niech potem poseł na Sejm krajowy sumiennie wypowie, czy można przypatrywać się nadal obojętnie takiemu marnowaniu życia ludzkiego i takim anormalnym stosunkom zdrowotnym. Raczcie Panowie nie podnosić zarzutów, że brak ludzi odpowiednich, lecz raczcie pamiętać o tem, że popyt za siłami fachowemi i zapewnienie chociażby skromnéj egzystencyi ludzi wyrabia, a uczciwy poziom społeczny i nadzór, wszędzie potrzebny, nowo powstałe organa na wysokości zadania utrzymuje.

Zastrzegam sobie szczegółowe omawianie i w razie potrzeby bronienie téj sprawy na później, na razie zaś polecam ją światłéj rozwadze i życzliwości szanownych Panów“.

Nareszcie więc, po upływie lat 20, i kraj nasz doczekał się przedłożenia ustawy, zapowiedzianéj w § 5 ustawy państwowéj z d. 30 kwietnia 1870 r., tyczącéj się organizacyi publicznéj służby zdrowia. Spodziewać się należy, że reprezentanci kraju ustawę obecnie przedłożoną szybko wezmą pod rozwagę i oddadzą tym sposobem krajowi wielką usługę.

Dla ważności przedmiotu podajemy projekt ten razem z motywami dosłownie:

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

Zgodnie z uchwałą Sejmu mojego Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozporządzam na podstawie § 5 ustawy państwowéj z dnia 30 kwietnia 1870 (Dz. p. p. Nr. 68) co następuje:

§ 1. Każda gmina wraz z obszarem dworskim musi albo sama dla siebie, albo w połączeniu z sąsiedniemi gminami i ob-

szarami dworskiemi utrzymywać potrzebną liczbę lekarzy dla sprawowania przydzielonego sobie ustawami zakresu działania pod względem wykonywania policyi zdrowia i pod względem spraw zdrowotnych w ogóle.

§ 2. Miasta z własnemi statutami, jako też gminy, które wraz z obszarami dworskiemi liczą 10.000 lub więcéj mieszkańców, powinny ustanowić dla siebie jednego, albo w razie potrzeby, kilku własnych lekarzy gminnych.

Gminom o ludności mniejszéj, aniżeli 10.000, wolno za zezwoleniem krajowéj władzy politycznéj w porozumieniu z Wydziałem krajowym ustanowić własnych lekarzy gminnych.

§. 3. Gminy i obszary dworskie, które nie ustanowią dla siebie własnych lekarzy, mają w połączeniu z sąsiedniemi gminami i obszarami dworskiemi ustanowić wspólnego lekarza.

Gminy w tym celu połączone tworzą gminny okręg sanitarny.

§. 4. Gminy i obszary dworskie, do jednego okręgu sanitarnego wcielić się mające, oznacza polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym po wysłuchaniu reprezentacyj gminnych (przełożonych obszarów dworskich), politycznéj władzy powiatowéj i krajowéj Rady zdrowia. Siedziba lekarza okręgowego oznaczona zostanie przez polityczną władzę krajową w porozumieniu z Wydziałem krajowym po zasięgnięciu wniosku zgromadzenia delegatów (§. 6) i politycznéj władzy powiatowéj. O wszelkich rekursach w téj mierze rozstrzyga Ministerstwo spraw wewnętrznych. Do tegoż Ministerstwa należy decyzyja także we wszystkich przypadkach, w których nie przyjdzie do skutku w ustawie przewidziane porozumienie między polityczną władzą krajową a Wydziałem krajowym.

§. 5. Gminny okręg sanitarny w regule obejmować powinien gminy i obszary dworskie, które leżą w obrębie jednego powiatu politycznego. Wyjątki są dopuszczalne tylko w razach nieuniknionéj konieczności.

Gminny okręg sanitarny nie powinien w regule liczyć więcéj niż 15.000 mieszkańców i nie przekraczać obszaru 200 kwadrat. klm.

§. 6. Reprezentacyja gminnego okręgu sanitarnego służy zgromadzeniu delegatów. Zgromadzenie to składa się z jednego delegata Rady powiatowéj i z sześciu delegatów, którzy wybrani zostaną przez reprezentacyje połączonych w okręgu miast, gmin wiejskich i obszarów dworskich w stosunku do wysokości podatków bezpośrednich przez każdą z tych trzech grup opłacanych.

Wybór delegatów odbywa się na wezwanie politycznéj władzy powiatowéj.

Delegatami wybrane mogą być osoby, które są obieralne do Rady gminnéj, względnie jako przełożeni obszaru dworskiego ustanowionemi być mogą. Peryjod urzędowania delegatów kończy się z upływem sześciu lat; ponowny wybór jest dopuszczalny.

Od wyboru uchylić się mogą tylko te osoby, którym prawo to co do wyboru do Rady gminnéj służy, a to pod rygorem grzywny w przeciwnym razie przez polityczną władzę powiatową w kwocie 20 do 50 złr. nałożyć się mającéj.

Do ważności uchwał zgromadzenia delegatów potrzebna jest obecność połowy członków. Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów.

Ukonstytuowanie zgromadzenia delegatów gminnego okręgu sanitarnego następuje na zaproszenie naczelnika politycznéj władzy powiatowéj i pod przewodnictwem prezesa *ad hoc* przez zgromadzonych większością głosów wybranego.

Zgromadzenie wybiera bezwzględną większością głosów ze swego grona przewodniczącego (naczelnika) dla kierownictwa spraw, oraz zastępcę przewodniczącego.

Siedzibą urzędowania zgromadzenia delegatów gminnego okręgu sanitarnego jest siedziba lekarza gminnego.

Zwyczajne posiedzenia zgromadzenia delegatów zwołuje przewodniczący raz w każdem półroczu, t. j. w marcu i we wrześniu, nadzwyczajne zaś według swego uznania z ważnych powodów, w szczególności celem zamianowania lekarza okręgowego, daléj na wezwanie władzy politycznéj, lub gdy tego domaga się przynajmniéj trzecia część członków. Urząd delegata jako też przewodniczącego zgromadzenia delegatów jest urzędem honorowym i sprawowany będzie bezpłatnie.

§. 7. Do obowiązków zgromadzenia delegatów należy:

1. stawianie wniosków za pośrednictwem władzy politycznéj:

a) co do siedziby gminnego lekarza okręgowego (§. 3);

b) co do poborów, ryczałtów na podróże, ewentualnych poborów emerytalnych i zaopatrzenia dla gminnego lekarza okręgowego (§. 14);

c) co do wdrożenia śledztwa dyscyplinarnego, ewentualnie co do usunięcia gminnego lekarza okręgowego (§. 12);

d) co do wydzielenia pewnych gmin i obszarów dworskich połączonych w okręgu i ich przydzielenia do sąsiednich okręgów.

2. Przedstawianie terna na obsadzić się mającą posadę gminnego lekarza okręgowego (§. 10).

3. Badanie zdrowotnych interesów ludności okręgu sanitarnego i przedstawianie wniosków politycznéj władzy powiatowéj co do potrzeby w téj mierze zarządzeń.

4. Przedstawianie wniosków co do ustanowienia potrzebnéj liczby akuszerek dla niesienia bezpłatnéj pomocy ubogim rodzącym kobietom i co do wynagrodzenia dla tych akuszerek.

Z rozpraw zgromadzenia delegatów ma być spisany protokół, w przeciągu ośmiu dni politycznéj władzy powiatowéj przedłożyć się mający. O czasie posiedzenia i o przedmiotach obrad donieść należy politycznéj władzy powiatowéj co najmniéj na trzy dni przed zebraniem się zgromadzenia delegatów.

Władza ta jest uprawniona wysłać na posiedzenie lekarza rządowego.

§. 8. Urząd lekarza gminnego jest publicznym. Lekarze gminni w miastach z własnemi statutami mają być tak samo traktowani jak stale ustanowieni urzędnicy téj gminy. Inni lekarze gminni będą uważani jako funkcyjonaryusze odnośnych gmin (obszarów dworskich) względnie okręgów.

Pod względem służbowym podlegają lekarze gminni w gminach z własnemi statutami prezydentom miast, w innych gminach, które dla siebie osobnych lekarzy ustanowią, zwierzchnościom gmin, a w okręgach przewodniczącemu zgromadzenia delegatów z zastrzeżeniem atrybucyj służących politycznéj władzy powiatowéj.

§. 9. Lekarze gminni są w pierwszym rzędzie powołanemi organami, przez które gminy i obszary dworskie sprawować mają ustawami sobie przekazane powinności publicznéj służby zdrowia.

W szczególności prowadzą lekarze gminni referat wszystkich spraw sanitarnych gmin (obszarów dworskich) należących do ich okręgu, mają prawo i obowiązek wydawać opinije fachowe, jakoteż przedstawiać samodzielne wnioski co do usunięcia spostrzeżonych wadliwości, celem zapobiegania chorobom zakaźnym oraz ich dalszemu rozszerzaniu się zawczasu zarządzać co należy, bezzwłocznie zawiadamiać władzę polityczną powiatową o pojawieniu się choroby zakaźnéj, współdziałać przy przeprowadzaniu zarządzeń poczynionych w przypadkach epidemii przez władzę, nadzorować te zarządzenia, przedsiębrać osobiście oględziny zwłok w oznaczonym instrukcyją zakresie, względnie bezpośrednio nadzorować, przedsiębrać publiczne szczepienie i czynić zadość wezwaniom c. k. władz do działań w zakresie publicznéj służby zdrowia.

Gdzie o opiekę lekarską dla ubogich chorych nie postarano się w inny sposób, są lekarze gminni obowiązani ubogich wskazanych imiennie przez zwierzchności gmin lub przełożeństwa obszarów dworskich leczyć bezpłatnie, względnie pod warunkami oznaczonemi w drodze rozporządzenia przez krajową władzę polityczną w porozumieniu z Wydziałem krajowym i przepisywać dla tych chorych na koszt gmin leki według obowiązującéj w téj mierze normy ordynacyjnéj.

Bliższe określenie obowiązków służbowych lekarzy gminnych zastrzeżone zostaje instrukcyi, którą wyda krajowa władza polityczna w porozumieniu z Wydziałem krajowym po zasięgnięciu opinii c. k. kraj. Rady zdrowia. (C. d. n.)

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Sala operacyjna na oddziale chirurgicznym została urządzona ostatecznie, tak że obecnie pod względem wszelkich wymogów antiseptyki nic nie pozostawia do życzenia; zakupiono wózek

dla oddziału chirurgicznego dla przewożenia chorych i sprowadzono narzędzi chirurgicznych za 712 złr.

Nakazaliśmy przeprowadzić rury wodociągowe na oddział chirurgiczny i na oddział położnic, a także urządzić dogodne zlewy dla odprowadzania zużytéj wody do kanału betonowego, komunikującego się z kanałem latrynowym.

Nowa lodownia, mogąca pomieścić do 40 sąż. kub. lodu już została zbudowaną; budowa według umowy z przedsiębiorcą kosztowała 5.000 złr.

Z budową pieca do spalania słomy z pod dotkniętych chorobami zakaźnemi powstrzymaliśmy się aż do przekonania się, czy nie można desinfekcyjonować słomy wraz z siennikami w desinfektorze lub spalić pod susznią.

Chcąc osiągnąć jak największą oszczędność w praniu, poleciliśmy zrobić próbę w szpitalu powszechnym we Lwowie z chemicznem praniem bielizny. Oszczędności osiągnięte dotyczą przeważnie trzech rzeczy: pranie chemiczne potrzebuje mniéj rąk do pracy, mniéj paliwa, a nareszcie mniéj wody. Ta ostatnia okoliczność jest nader ważną przy braku wody w szpitalu. Oprócz korzyści pieniężnéj, która wyniesie kilkaset złr. rocznie, są jeszcze inne, nie mniéj ważne korzyści, a mianowicie: bielizna wychodzi z prania chemicznego nierównie bielsza i czystsza, a nareszcie dobrze odwoniona terpentyną i amoniakiem, tak, że nie ma zwykłego nieprzyjemnego odoru bielizny świeżo wypranéj; bielizna mniéj się niszczy, gdyż nie potrzeba jéj tyle ścierać w praniu, nareszcie pranie idzie nierównie prędzéj, a pralnia lwowskiego szpitala dość szczupła, obecnie z łatwością może dostarczyć oddziałom potrzebną ilość bielizny, zwłaszcza, że ta ostatnia, będąc bardzo dobrze wypraną, nie brudzi się tak prędko. Przytem należy jeszcze dodać, że terpentyna używana do chemicznego prania jest poniekąd środkiem do niszczenia zarazków. W r. 1888 wyprało 6.972 praczek bielizny 377.777 sztuk; na jednę praczkę przypadało dziennie wypranie 54 sztuk bielizny, wtedy gdy obecnie na jednę praczkę przypada 75 sztuk dziennie. Po ustaleniu się tego sposobu prania wyniki ostateczne mogą okazać się jeszcze korzystniejszemi niż obecnie, bo i stosunek chemikaliów do ilości bielizny może się zmniejszyć i praczki nabiorą więcéj wprawy. Dla uchronienia bielizny od zużycia się przez wykręcanie, poleciliśmy kupić dla pralni kosztem 145 złr. centryfugę ręczną, która odda ważne usługi, zwłaszcza w porze zimowéj, wpływając na prędsze suszenie, a przez to wymagając mniéj paliwa w suszni.

Wydatki szpitala według zamknięć rachunkowych wynosiły w r. 1888 w funduszu chorych 156.220 złr.; w funduszu położnic 17.601 złr.; razem 173.821 złr.; w porównaniu z preliminarzem na rok 1888 180.453 złr., a więc o 6.632 złr. mniéj. Utrzymanie chorego przez cały czas kuracyi kosztowało 16 złr. 36 ct. a dzień leczenia 75·0 t. j. o 1·4 ct. taniéj, aniżeli w poprzednim roku. Dzień żywienia z pieczywem i winem kosztował 24·29. Drzewa wyekspensowano na salach chorych 908 metr. kub., w kuchni 580 m³, w łazienkach 444 m³, węgla kamiennego 33.000 kilg. Kąpieli wydano w łazienkach 18.632, na oddziałach 15.531; razem 34.163 złr.

Szpital św. Łazarza w Krakowie. Ruch chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie w r. 1888 był następujący: pozostało z końcem 1887 r, mężczyzn 257 kobiet 276 razem 533; wstąpiło do szpitala w 1888 mężczyzn 3.257 kobiet 3.113 razem 6370; ogółem leczono mężczyzn 3.514, kobiet 3.389, razem 6.903; opuściło zakład: wyleczonych 4.827; z polepszeniem 221; niewyleczonych 735; umarło 744; ogółem ubyło 6517; pozostało z końcem roku 1888 510; łóżek dla chorych było 513, dla posługi 85; ilość dni leczenia 185.871; średni czas pobytu chorego w szpitalu 26·3; najwyższy stan chorych w d. 4 marca wynosił 604; najniższy stan chorych w d. 2 października wynosił 394; przeciętnie pielęgnowano dziennie 509.

W sprawozdaniu przeszłego roku już donosiliśmy o niezmiernem przepełnieniu szpitala św. Łazarza i o konieczności wybudowania osobnego pawilonu na oddział chirurgiczny, aby mieć możność lepszego rozmieszczenia innych oddziałów. Ponieważ petycyja lekarzy w téj sprawie nie przyszła pod obrady Wysokiego Sejmu, a z powodu napływu chorych potrzeba stała się nagłą, korzystając z okoliczności, że magazyn żywności został przeniesiony na inne miejsce, obok kuchni, zezwoliliśmy na przerobienie budynku pomagazynowego w drodze przedsiębiorstwa na oddział rezerwowy, kosztem nie przekraczającym kwoty 4.250 złr., wykazanéj w kosztorysie. Wydatek ten został pokrytym z kredytu, asygnowanego na większe potrzeby administracyjne.

Z powodu tegoż samego braku miejsca byliśmy zmuszeni zawrzeć ugodę z Towarzystwem opieki szpitalnéj dla dzieci co do umieszczenia w szpitalu św. Ludwika 20 osesków i 10 mamek, których w szpitalu św. Łazarza nie ma gdzie pomieścić. Według téj umowy zgodziliśmy się płacić szpitalowi św. Ludwika: a) tytułem czynszu za lokal rocznie 250 złr.; b) za utrzymanie personalu lekarskiego i służby 500 złr.; c) za opał i oświetlenie 100 złr.; d) za urządzenie lokalu jednorazowo 400 złr.; e) za utrzymanie i żywienie mamek po 78 ct. za każdą dziennie; f) za mleko i bułki dla każdego dziecka, na opędzenie kosztów utrzymania pościeli i bielizny po 11 ct. dziennie za każde dziecko. Gdyby dla chwilowego braku mamek przypadło więcéj niż dwoje dzieci na jednę mamkę, Towarzystwo otrzyma nie 11 lecz 50 ct. dziennie za każde dziecko nadliczbowe, sztucznie żywione.

Na oddziałach chorób wewnętrznych leczono najwięcéj przypadków gruźlicy z zapaleniem płuc i opłucnéj, z nieżytem oskrzelowym, następnie z chorobami przewodu pokarmowego, z gośccem stawowym i mięśniowym, z zapaleniem nerek, z chorobami narządów trawienia i z zimnicą. Z chorób zakaźnych najwięcéj było wypadków duru brzusznego (120) i wysypkowego (132), róży (71), płonicy, błonicy i czerwonki.

Na oddziale chirurgicznym leczono przeważnie zapalenia tkanki łącznéj, gruźlicę kości i stawów, złamania kości, nowotwory, niedrożność jelit, przepukliny, wole i t. d. Wogóle wykonano 605 operacyj w uśpieniu. Z większych operacyj wykonano: amputacyj 65, wyłuszczeń 32, operacyj nowotworów 73, herniotomij 18, laparatomij 20, operacyj plastycznych 51, resekcyj 44, uretrotomij 17, owariotomij 6 itd.

Na oddziale położniczo-gynekologicznym było kobiet 474; ciężarnych kobiet urodziło w zakładzie 298; wydalono 10; umarło matek 5, operacyj położniczych dokonano 24; z ginekologicznych umarła 1. Większych operacyj ginekologicznych dokonano 4.

Pomimo rozszerzenia oddziału syfilitycznego przez przerobienie na salę dla chorych przyległego korytarza, przepełnienie nieustannie jest tak wielkie, iż zostaliśmy zmuszeni oddać na pomieszczenie chorych mieszkanie dozorcy domu, położone w podwórzu gospodarczem szpitala, a składające się z dwóch pokoi; dozorcy zaś wyznaczyliśmy stosowne relutum na najem pomieszkania po za obrębem szpitala. Z powodu tego przepełnienia chorych zgłaszających się z chorobami skórnemi szpital już od dłuższego czasu zupełnie nie przyjmuje.

Na oddziale obłąkanych leczono 258 (143 mężczyzn i 115 kobiet). Z tych opuściło zakład wyleczonych 76, w stanie polepszenia i niewyleczonych 85, zmarło 30. Najwięcéj przyjęto z pomięszaniem umysłu ostrem (92), z niedołęstwem umysłowem (40) i w skutek opilstwa (23). Według stanu najwięcéj było sług i wyrobników (104), następnie osób bez stałego zajęcia (37), rękodzielników (34), rolników (19) i t. d. Pod względem przyczyn chorobowych pierwsze miejsce zajmowało nadużycie napojów wyskokowych, dziedziczność, wzruszenia przygnębiające, choroby mózgu chroniczne lub z wyrodnienia, epilepsyja i zboczenia w krążeniu krwi, kiła i zboczenia połogowe. Czas pobytu chorych, do 1 miesiąca było 35, od 1—3 miesięcy 56, do 6 miesięcy 41, do 9 miesięcy 14, do roku 12. W ogóle leczenie chorych gwałtownych było symptomatyczne, do uspokojenia tychże dążące. (C. d. n.)

*** Otrucie za pomocą banknotów szwajcarskich** stwierdzone zostało w Szwajcaryi. Banknoty te sporządzano z zielenią szweinfurcką; objawy otrucia występowały u urzędników bankowych, którzy zajęci liczeniem często nawilżali palce swoje.

† **Japonija.** W Japonii znajduje się 8 szkół lekarskich, które dają stopień doktora medycyny i otrzymują zapomogi pieniężne od rządu. Główna szkoła znajduje się w Tokijo. Większość profesorów w niéj stanowią Europejczycy (Niemcy). Prócz tego istnieje w Japonii jeszcze około 30 prywatnych szkół lekarskich, których uczniowie dla otrzymania prawa praktyki muszą zdać egzamin przed komisyją rządową.

† **Anglija.** Według urzędowéj statystyki umarło w prze-

szłym roku w Londynie z głodu 29 osób. W liczbie tych było 9 kobiet.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 października. N. Pan nadał Drowi Józefowi Oettingerowi, nadzw. profesorowi historyi medycyny przy sposobności przeniesienia go w stan spoczynku krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

Wiadomość o tem odznaczeniu z prawdziwem zadowoleniem przyjętą zostanie przez licznych przyjaciół i wielbicieli uczonego Męża, który tyle położył zasług około piśmiennictwa i języka naszego. Uznanie to cesarskie jest uwieńczeniem szeregu owacyj, które spotkały zacnego emeryta w roku przeszłym ze strony Wydziału lekarskiego i kolegów. Ukończywszy 70 ty rok życia prof. Oettinger ustąpić musiał według ustawy z katedry i przestał być członkiem Wydziału lek., zachowując jednak nieuszczuplone prawo dalszego wykładania przedmiotu, któremu całe życie poświęcił. Z tego prawa szan. emeryt korzystać nie przestaje, przez co uczniowie nie są pozbawieni sposobności słuchania wykładów o historyi medycyny.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. Lek. krak. uczynił Prezes Tow. na wstępie wzmiankę o zmarłym koledze Aleks. Rybczyńskim, którego pamięć uczcili zgromadzeni przez powstanie, poczem kol. Rosenzweig miał wykład: o sakcharynie jako leku i jako przyprawie i przedstawił wyniki doświadczeń przedsiębranych wspólnie z prof. Jaworskim. W dyskusyi nad tym wykładem brali udział koll.: Gluziński Antoni, Jaworski, Paszkowski. Z kolei przedstawił kol. Krokiewicz preparat anatomiczny z trzew kobiety zmarłéj w szpitalu św. Łazarza na oddziale Dra Paszkowskiego, który za życia rozpoznał „*Aneurysma art. pulm.*“, a które to rozpoznanie anatomicznie stwierdzonem zostało. Prezes kol. Paszkowski objaśnił przebieg i objawy za życia spostrzegane.

* Na posiedzeniu swem w dn. 14 b. m. odbytem Wydział lekarski poruczył zastępstwo w klinice lekarskiéj na czas nieobytności prof. Korczyńskiego, bawiącego jako rektor we Lwowie na Sejmie, docentowi Gluzińskiemu, — zgodził się na poparcie podania prof. Jaworskiego o udzielenie półrocznego urlopu celem poratowania zdrowia i przedłużył czas służby obydwom asystentom przy katedrze anatomii opisowej Drowi Udziele i Drdowi Karpińskiemu na rok dalszy.

* W dniu 15 b. m., na wezwanie kolegów w Krakowie zamieszkałych, zgromadzili się tutaj lekarze, którzy w roku 1879 ukończyli w liczbie 25 wydział lekarski w Uniwersytecie Jagiellońskim, i wówczas przyrzekli sobie, że się po dziesięciu latach znów zjadą u stóp *Almae Matris* dla odnowienia i ścieśnienia węzłów koleżeństwa. Przybyli więc koledzy: Bandrowski z Krakowa, Barącz ze Lwowa, Dumaire z Rozwadowa, Ebers ze Lwowa, Fleszar z Łańcuta, Gluziński z Krakowa, Hordyński z Zadaru w Dalmacyi, Janiszewski z Horodyńki, Jaworski Bol. z Zaleszczyk, Jaworski Walery z Krakowa, Kopff z Krakowa, Mendelsburg z Krakowa, Piaskiewicz z Kołomyi, Pisek ze Lwowa, Sokołowski z Krakowa, Sysak z Kołomyi, Szymkiewicz z Krakowa, i Wieluch z Jabłonkowa w Szląsku. — Święto koleżeńskie rozpoczęto od mszy żałobnéj za duszę zmarłych kolegów ś. p. Edwarda Zosla ze Stanisławowa i Karola Gramatyki z Krakowa, których w jednym roku śmierć przedwcześnie wyrwała z grona wspólnych pracowników. Resztę dnia poświęcono zwiedzaniu nowo-powstałych zakładów uniwersyteckich, zbiorowemu fotografowaniu się i koleżeńskiemu zebraniu w hotelu Wiktoryja, na które jako gości zaproszono koll. Marsa i Paszkowskiego, którzy przed 10 laty, będąc asystentami Uniwersytetu, zadawali sobie wiele trudu, aby młodszym obecnie kolegom żmudną pracę w klinikach ułatwić. Wieczór spędzono w teatrze, poczem część kolegów jeszcze pociągiem wieczornym opuściła Kraków, spiesząc do swoich obowiązków lekarskich — żegnana serdecznie przez pozostających i obiecując sobie znów za lat dziesięć powitać się razem w Krakowie. Druga część wzięła udział w Zjeździe chirurgów.

* W ostatnim numerze „*Le Panthéon de l'Industrie*“, wychodzącym w Paryżu, znajduje się portret i życiorys rodaka naszego, Dr. Zygmunta Laskowskiego, profesora anatomii opisowéj w Genewie. Prof. Laskowski otrzymał właśnie wielki medal złoty na wystawie paryskiéj. Z życiorysu dowiadujemy się, że znakomity nasz rodak urodzony w Warszawie dnia 19 stycznia 1841 r. położył wielkie zasługi podczas wojny francusko-niemieckiéj, zwłaszcza podczas oblężenia Paryża i następnych walk komuny, za co otrzymał wielką naturalizacyję francuską i order legii honorowéj. Od r. 1875 jest profesorem w Genewie i oprócz znaną swą metodą konserwacyjną przysłużył się urządzeniem tamże szkoły dentystycznéj, która pozostaje pod jego naczelnym kierunkiem.

* Otrzymaliśmy *Rocznik Lekarski* na rok 1889, wydany przez Dr. G. Fritschego, redaktora *Medycyny* w Warszawie. Jest to rok XI wydawnictwa *Medycyny*. Po przerwie jednorocznéj pojawia się obecnie *Rocznik*, wydany po raz pierwszy przez Dr. Fritschego, różniący się od roczników poprzednich tem, że nie składa się z dwóch części, że nie mieści w sobie sprawozdania z piśmiennictwa lek. polskiego, lecz jest kalendarzem, przeznaczonym dla użytku lekarzy polskich. Jako taki zupełnie odpowiada celowi. Oprócz zwykłéj części kalendarskiéj zawiera: Rys badania drobnowidowego najważniejszych bakteryj chorobotwórczych, napisany przez Dr. Jakowskiego, badanie nerwów przez Fabijana, rzecz o śmierci pozornéj i pomocy pierwszéj, tłomaczoną z rozprawy Gutstadta, najważniejsze dawki środków lekarskich, dawkowanie leków dla dzieci, środki do wstrzykiwań podskórnych według Liebreicha, dawkowanie środków do oddechania, pędzlowania i wdmuchiwania, wskazówki do rozbioru moczu Dra Mayzla itd. itd. Treść więc bardzo obfita składa się na podręcznik, dla lekarza praktykującego nader przydatny. Druk i papier bardzo piękne, format i objętość zalecają Rocznik ten pod każdym względem, a spis lekarzy w Królestwie praktykujących jest dodatkiem i dla lekarzy galicyjskich bardzo pożądanym. Spodziewać się więc należy, że Rocznik znajdzie i u nas pokup.

* Niejaki p. Czesław Czyński, nauczyciel języka francuskiego, który poprzednio ogłosił broszurę o hypnotyzmie i podobno zajmował się hypnotyzowaniem, uzyskawszy dyplom honorowy doktora medycyny w Rzymie, ogłosił w „*Czasie*,“ że przeniósł swoją „kancelaryję“ na ulicę Floryjańską i zawiadomił „swoich zwolenników“, ktorzy żądali „wróżb“ o swojéj przyszłości i badań o stanie zdrowia, że „wróżyć“ im nie będzie, jeno rozpoznawać to, o co im chodzi. Ogłoszenie to podpisał swojem imieniem i nazwiskiem, mianując się „Dr. med.“ Autora tego oryginalnego ogłoszenia zawezwał natychmiast p. fizyk m. Dr. Buszek za pośrednictwem policyi i zwrócił mu uwagę, że widziałby się zmuszonym przesłać rzecz na drogę karno sądową, gdyby nie przestał nadużywać tytułu, do którego nie ma prawa i nie zaniechał podobnych ogłoszeń. Rzecz jednak godna zastanowienia, że pod koniec 19-go wieku w stolicy zjednoczonych Włoch jakaś *Reale academia di medicina* nie waha się nadawać ludziom nieznanym, nie mającym kwalifikacyi, dyplom doktorski medycyny!

* **Wiadomości osobowe.** Osiedli: Dr. Kapelusz w Biały, Dr. Henryk Nycz w Birczy, Dr. Leon Schmeidler w Żołyni; przenieśli się: Dr. Alfred Laskiewicz-Friedensfeld z Niżankowicz do Uhnowa, Dr. Przesmycki z Sassowa do Gorlic.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 10: Biernackiego: Badania nad działaniem środków przeciwgnilnych na fermentacyję wyskokową; Czyrniańskiego: O znaczeniu leczenia niedomogi jelitowéj; Spostrzeżenia z praktyki Friedländera, Zielewicza i Szumana. — W *Gazecie Lek.* Nr. 41: Matlakowskiego: Przyczynek do ciąży zamacicznéj; Przewoskiego: Trzy przyp. torbieli surowiczych zaotrzewnowych; Wróblewskiego: Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardziela (dok.). — W *Medycynie* Er. 41: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego. Mikrob. ospowy.

Redakcyja otrzymała:

SZTEMBARTHA: Cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnéj przy chorob. narządów płciowych kobiety. (Odbitka z *Medycyny*) in 8-vo, str. 14. — MAJEWSKI: Słownik nazwisk zoolog. i botan. polsk. Tom I, zeszyt 1, Warszawa 1889, in 4-to, str. XL. i 8. — Dr. TALKO-HRYNCEWICZ: Narodnoe akuszerstwo w jużnoi Rusi. (Odbitka z „*Zemskii Wracz*“) Czernichów 1889, in 8-vo, str. 54 — Dr. STROYNOWSKI: Uwagi o nowoczesnem postępowaniu podczas porodu i połogu. Lwów 1889, in 8-vo, str. 15. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: Jedenaste sprawozdanie roczne zakładu klinicznego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1888, Poznań 1889, in 8-vo. str. 31. — Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Frage ü. d. Entstehung d. typhos. Pneumonie. (Odbitka z *Fortschr. d. Med.* 1889), in 8-vo, str. 6.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie.

L. 11·871 / pr.

W celu obsadzenia opróżnionych posad c. k. lekarzy powiatowych, a względnie posad c. k. asystentów sanitarnych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do dnia 31. października 1889 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w metryki urodzenia, dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873 d. p. p. Nr. 37, niemniej w dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci pozostający już w służbie państwowéj w przepisanej drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwa, a w miastach Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę Policyi.

Lwów dnia 7 października 1889 r.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 26 Października 1889. Nr. 43.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 91 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O operacyjnem leczeniu jaglicy spojówki oka (*trachoma*).

Podał
Dr. Med. Br. Ziemiński,
Okulista w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Omawiając sprawę chirurgicznego leczenia, nie należy pominąć milczeniem drobnego, co prawda, rękoczynu, który niejednokrotnie oddaje niezaprzeczone usługi przy leczeniu ostrych form w mowie będącego cierpienia, gdzie śluzowa błona oka jest wydatnie obrzmiałą. Mamy na myśli równoległe brzegowi powiek skaryfikacyje wewnętrznéj powierzchni tychże, mianowicie, powierzchowne nacięcia przy limfatycznym nacieku spojówki, oraz głębsze nacięcia przy właściwym już nacieku samejże chrząstki. Tego rodzaju skaryfikacyje mają cechy cięć zwalniających, sprowadzają w samem siedlisku cierpienia upust krwi, nareszcie, jak doświadczenie poucza, przyspieszają sprawę wessania tworów limfatycznych. O ile w późniejszych okresach cierpień jaglicowych rogówki znaczną korzyść osiągnąć można z nacięcia, lub właściwiéj z wycięcia spółśrodkowego paska spojówki i tkanki podspojówkowéj około rogówki: o tyle już we wczesnych okresach jaglicy znaczny pożytek dają właściwie i oględnie stosowane skaryfikacyje spojówki, szybko a skutecznie zwalczające nadmiar objawów sprawy zapalnéj, towarzyszącéj wzrostowi chorobowych tworów w błonie śluz. oka.

* * *

Dawny zwierzchnik mój, prof. Raehlmann w Dorpacie, w pięknéj pracy swéj, która na zawsze służyć będzie za podstawę do wszelkich badań dotyczących jaglicy, orzekł, iż możność powrotu tego cierpienia u danego pacyjenta nie jest wykluczoną aż do czasu, kiedy gruczołowa tkanka spojówki, zatem właściwa istota téj błony nie przeistoczyła się w bliznę. Doszedłszy zaś do przekonania, że ogólnie dotąd rozpowszechniony nader powolny sposób leczenia jaglicy skutecznym okazuje się zaledwie w nader szczupłéj grupie przypadków, winniśmy przy powzięciu zamiaru radykalniejszego, chirurgicznego leczenia, mieć żywo w pamięci wspomniane zdanie prof. Raehlmanna, niezaprzeczonéj powagi w téj sprawie.

Ciemną stronę jaglicy stanowi skłonność téj choroby do powrotów. Chcąc najskuteczniéj tym ostatnim zapobiedz, chcąc odjąć charakter złośliwy temu cierpieniu, musimy zmniejszyć do możliwego *minimum* rozległość zwyrodniałéj, z góry na zniszczenie przeznaczonéj błony. Taki jest też cel metody, na szeroką skalę stosowanéj przez prof. Gałęzowskiego, oraz wyznawców jego przekonania w tym względzie.

Jako były szef kliniki prof. Gałęzowskiego w 2-letnim przeciągu czasu dokładnie miałem możność przekonania się o wartości tego sposobu leczenia, a od roku praktykując we Warszawie, wzbogaciłem me doświadczenie w tym kierunku, posługując się nieraz chirurgicznym sposobem leczenia jaglicy tak w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, jak i w prywatnéj praktyce.

Ogółem w Warszawie leczyłem chirurgicznie jaglicę spojówki w 87 oczach u 48 chorych. Następny dosyć prosty rękoczyn wydał mi się najstosowniejszym.

Po obmyciu powiek i całéj powierzchni spojówki 4% roztworem kwasu borowego, oraz znieczuleniu téj błony 5% roztworem kokainy (albo lepiéj po zastosowaniu chloroformu) odwrócona górna powieka zostaje przez pomocnika silnie przyciągniętą ku odpowiedniéj brwi, dolna zaś powieka ku właściwemu brzegowi oczodołu; wówczas operator na ten cel służącemi szczypczykami (pomysłu Gałęzowskiego) chwyta górny załamek spojówki, który w przypadkach do téj operacyi kwalifikujących się uwydatnia się pod postacią dosyć znacznego fałdu; następnie operator, stojący z boku pacyjenta, nacina poprzecznie ten fałd, tworząc jednem cięciem prostych nożyczek mały otworek w spojówce, w bliskości wewnętrznego lub zewnętrznego kąta oka, tuż u granicy górnego brzegu chrząstki; poczem posuwając nożyczki w ten spo-

sób, że jedno ramię tychże dąży tuż pod spojówką, równolegle do górnego (wygiętego) brzegu chrząstki, oddziela załamek od gałkowéj części spojówki. (W znacznéj liczbie przypadków miejsce zagięcia się spojówki na gałkę oczną stanowi wyraźną kresę graniczną, po za którą nie widać na spojówce gałkowéj ziarn jaglicowych). Przy niezbyt skośnem i lekkiem prowadzeniu nożyczki swobodnie, bez przeszkód, posuwają się po luźnéj podspojówkowéj tkance. Następnie odpreparować należy cały górny załamek w kierunku do górnego brzegu chrząstki tak, aby nic z podspojówkowéj tkanki wraz z nim nie oddzielić; nareszcie odcina się wzdłuż brzegu chrząstki cały płat, przedstawiający załamek spojówki.

W tenże sposób, choć z małemi odmianami, zależnemi od miejscowych warunków okolicy — przy wskazaniu potemu — można dokonać wycięcia dolnego załamka spojówki.

Po nałożeniu kilku okładów z waty, namoczonéj w zimnym roztworze kwasu borowego, krwotok szybko ustaje. Wówczas usunąwszy skrzepy krwi i posypawszy ranę proszkiem jodoformowym, oraz w razie potrzeby zapuściwszy kroplę roztworu atropiny, nakłada się z a w s z e o b u o c z n y m o k r y o p a t r u n e k a n t y s e p t y c z n y, a to w celu możliwie dokładnego unieruchomienia powiek. Pacyjentowi zaleca się spoczynek w łóżku, w zaciemnionym pokoju. Skoro chory uskarża się po pewnym czasie na ból, lub też palenie w oku, pożytecznem jest często zwilżać opatrunek zimnym roztworem kwasu borowego. Najdaléj w 24 godzin, a nawet wcześniéj, zmienia się opatrunek, zwłaszcza, kiedy chory użala się na silniejszy ból w oku. Po obmyciu powiek lekko uchyla się takowe, zakrapla roztwór przeciwgnilny, a następnie roztwor atropiny. Jeżeli spostrzeże się silniejsze nastrzykanie naczyń wokoło rogówki, natenczas należy często zmieniać lub nawet usunąć opatrunek, poprzestając na okładach z kwasu borowego.

Wskutek nieunikniongo podrażnienia po dokonanym rękoczynie występują niekiedy drobne wysięki w błonie rogowéj, lub też powroty przebytych cierpień rogówkowych, które groźny mogą wziąść obrót, skoroby odpływ wydzieliny ze spojówki był utrudnionym.

W większości przezemnie operowanych przypadków (59 na ogólną liczbę 87), w celu możliwie dokładnego przystosowania brzegów ranki, oraz sprowadzenia bezpośredniego zrostu tychże zakładałem po ustaniu krwotoku oraz oczyszczeniu rany 3—4 szwów z najcieńszego t. zw. spojówkowego jedwabiu [1]), ucinając końce nici krótko, tuż u zacieśnionego węzła. W téj seryi przypadków spostrzegałem sześć razy po wikłania ze strony błony rogowéj, występujące pod postacią drobnych owrzodzeń lub też zaostrzeń istniejących już cierpień; w jednym przypadku byłem nawet zmuszonym po 24 godzinach usunąć dwa środkowe szwy, które widocznie — mimo zachowania wszelkich ostrożności — sprowadziły znaczniejsze cierpienie rogówki. W o s t a t n i c h o p e r o w a n y c h p r z y p a d k a c h u n i k a ł e m z a k ł a d a n i a s z w ó w, n i e t r a c ą c n i c w o s t a t e c z n y m w y n i k u o p e r a c y i. Za to co najmniéj pięciodniowy pobyt w ciemnym pokoju w łóżku i przez ten przeciąg czasu utrzymuję często zmieniany bandaż. Zwykle 6-go lub 8-go dnia po operacyi chory może opuścić pokój, nałożywszy dymne, ochronne okulary.

[1]) Katgut nie może być zalecanym przy operacyjach dotyczących spojówki, gdyż jest grubszy od najcieńszéj nici jedwabiu, daléj utworzony z katgutu tupełek nigdy nie jest tak drobny jak z jedwabiu; ostatecznie katgut pęcznieje w wydzielinie spojówkowéj.

O ile możebnem jest uniknięcie zakładania szwów przy wycinaniu jedynie załamka spojówki, o tyle szwy okazują się niezbędnemi, skoro jednocześnie usuwamy część ($^1/_3$ lub $^1/_4$ wysokości) obrzmiałéj chrząstki, jak to zalecają okuliści królewieccy z Heisrathem i Jacobsonem na czele. Przyznając w zasadzie słuszność temu przedsięwzięciu, w 5 przypadkach z a d a w n i a ł é j jaglicy, przy ogólnym limfatycznym nacieku nie tylko spojówki, lecz i saméj chrząstki, wyciąłem — z zachowaniem wszelkich przez autorów podanych ostrożności — wąski pasek chrząstki, wynoszący najwięcéj $^1/_4$ część wysokości tejże. Z wyniku, otrzymanego u chorych, operowanych w ten sposób nie zupełnie byłem zadowolony, gdyż w każdym przypadku zauważyłem ostatecznie pewne, co najmniéj kosmetyczne zboczenie; wady te jednak można było do pewnego stopnia właściwym drobnym rękoczynem usunąć.

Na razie mogłoby wydać się dziwnem, że zazwyczaj nie spostrzega się wskutek wycięcia górnéj części chrząstki stałego opadnienia górnéj powieki. Wyjaśnienie tego faktu znajdujemy w Schwalbego anatomii oka.[1]) Autor ten orzeka, iż p r z y c z e p i e n i e g ł ó w n e g o ś c i ę g n a d ź w i g a c z a g ó r n é j p o w i e k i m a m i e j s c e w t. zw. p r z e d c h r z ą s t k o w é j ś r o d k o w é j w a r s t w i e t k a n k i ł ą c z n é j, a w i ę c m i ę d z y m i ę ś n i e m o b w ó d k o w y m i c h r z ą s t k ą.

W każdym razie należy być nader ostrożnym, jeżeli nie poprzestaje się jedynie na wycięciu załamka spojówki, lecz w celu osiągnięcia szybszego rezultatu wkracza się chirurgicznie w okolicę chrząstki. Zaznaczam jednak, że przy oględności oraz pewnéj wprawie, w przypadkach zadawniałych, przy zmianach saméj chrząstki, lub nierozdzielnie z tąż złączonéj części spojówki wybitnie dotyczących, szybciéj otrzymuje się pomyślny ostateczny rezultat, skoro prócz górnego załamka jednocześnie wycina się wązki pasek przyległéj części chrząstki oraz spojówki. W tym razie kierunek cięcia w chrząstce winien być ściśle równoległy do wolnego brzegu powiek; rzecz prosta, cięcia winny być prawidłowe, nigdy kątowate; daléj nic z nadchrząstkowéj tkanki nie należy oddzielić wraz z odpreparowanym płatem; wreszcie z a w s z e w i n n o s i ę b y ć p o m n y m z a s a d y, ż e t y l e t y l k o u s u n ą ć n a l e ż y, i l e u z n a s i ę b e z w a r u n k o w o n i e z b ę d n e m. Tu nadmienimy, że wycinanie części chrząstki dolnéj powieki jest zawsze zbytecznem. (Dok. nast.)

II. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Sakcharyna jako lek i przyprawa.

Podali
na podstawie doświadczeń klinicznych

Drowie J. Rosenzweig i W. Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

VII. W p ł y w n a j w i ę k s z y c h d a w e k s a k c h a r y n i a n u s o d o w e g o p r z e z n a s u ż y w a n y c h powežmie szan. czytelnik ze szczegółów historyi choroby następującego przypadku klinicznego:

J. M. 29 lat liczący. *Tumor lienis malaricus chronicus*. Oprócz tego, że śledziona tylko wypukiem okazuje się powiększoną, zboczeń w innych narządach wykazać nie można. Ciepłota ciała w ciągu całéj obserwacyi klinicznéj prawidłowa. Mężczyzna ten wyżył w przeciągu dni dziewięciu 520 gramów sakcharynianu sodowego w dawkach dochodzących jednorazowo 50 grm., a dziennych 100 grm. Tak wielkich ilości w ogłoszo-

[1]) Schwalbe. *Lehrbuch der Anatomie des Auges* 1887, p. 227, 241, fig. 102.

nych dotąd przypadkach ani u ludzi, ani u zwierząt nie stosowano. Przez pierwsze dwa dni pobytu w klinice zażywał pacyjent środek obojętny (*aqua foeniculi*) i spożywał dyjetę, któréj w dalszym ciągu obserwacyi nie zmieniono. Ciężar ciała w dniu przyjęcia wynosił 57 klgr. Ilość dzienna moczu około 1400 c³ a ciężar gatunkowy 1·020; mocz co do składu zupełnie fizyjologiczny.

30/4 wlano pacyjentowi rano przez sondę 15 grm. sakcharynianu sodowego, rozpuszczonego w 250 c³ wody przekroplonéj, która to ilość wody, jako też sposób wprowadzania przetworu do żołądka i przy wszystkich następnych dawkach stale zachowywano. Po południu o 4 téj godzinie zażył chory znów 20 grm. sakcharynianu sodowego. Mocz o godzinie 5-téj oddany prawidłowy, c. gat. 1·018. Ilość moczu z całej doby 2000 c³, zwiększona przez wprowadzenie 500 c³ wody ze sakcharyną.

1/5 zażył chory 25 grm., a popołudniu 30 grm. sakcharynianu sodowego. Przytem nie żali się na żadne przypadłości. Rano oddał stolec obfity, papkowaty, z częściami pokarmowemi dobrze przetrawionemi. W moczu w 15 godzin po zażyciu ostatniéj dawki sakcharynianu sodowego oddanym jeszcze takowy wykazać można.

2/5. Ilość moczu 1700, c. gat. 1·021; mocz prawidłowy. Przez noc oddał chory dwa stolce, a rano jeden wolny, w którym pod drobnowidem widać smugi śluzu, włókna mięsne, częścią dobrze przetrawione, częścią z widocznem prążkowaniem, miazgę rozpadową, części roślinne, ciałka wypocinowe nieliczne, wiele bakteryj gnilnych. Tegoż dnia zażył chory 60 grm. sakcharynianu sodowego w dwóch dawkach rano i popołudniu, a wieczorem oddał dwa stolce o własnościach jak poprzednie.

3/5 i 4/5. Nie podawano sakcharyny. Ilość moczu 1700, c. g. 1.021. Przez cały dzień jeden tylko stolec prawidłowy.

5/5 zażył chory 60 grm. sakcharynianu sodowego w dwóch dawkach. Przez dzień oddał 3 stolce wodniste. Pod drobnowidem widać w nich liczne włókna mięsne z widocznem prążkowaniem, śluz, miazgę rozpadową, ciałka wypocinowe ziarnisto zmienione, komórki przybłonka wałeczkowego.

6/5 zażył znowu 60 grm. sakcharynianu sodow. w dwóch dawkach. Ilość moczu 1600 c³, c. g. 1·023 prawidłowy. Stolców cztery o własnościach jak dnia poprzedniego.

7/5. Pomimo biegunki podano 100 grm. sakcharynianu sodowego w dwóch dawkach. Stolców przez dzień cztery, własności ich jak w dniu 5/5.

8/5 i 9/5 nie podawano sakcharyny, a już d. 9/5 oddał chory tylko jeden stolec prawidłowy. Łaknienie dobre. Osłabienia pomimo biegunki nie ma; ciężar ciała 58 klgr.

Przez następnych kilka dni zażywał chory po 50 lub 100 grm. sakcharynianu sodowego, dla przekonania się, czy biegunka nie była tu przypadkową, bo jak już mówiliśmy, u innych chorych wprawdzie po dawkach, nie przekraczających 24 grm. na dzień, pojawiało się zaparcie, to tu po każdéj dawce 50-gramowéj biegunka wracała.

Przy téj sposobności przekonaliśmy się, że po zażyciu 50 grm. sakcharynianu sodowego można sakcharynę jeszcze w 24 godzin w moczu wykazać, że dopiero po 30 godzinach śladu tegoż w moczu już niema. Obecność sakcharyny w moczu wykazywaliśmy przez przeprowadzenie tegoż w kw. salicylowy metodą D. Schmitta (*Ref. Ber. der chem. Gesell. in Berlin*, 1887, p. 601) w ten sposób, że mocz zakwaszony kw. siarkowym kłóciliśmy z eterem etylowym, eter odparowaliśmy, pozostałość ogrzaliśmy z nadmiarem ługu sodowego przez dłuższy czas aż do zabarwienia suchéj pozostałości na cisawo, przez co utworzył się w masie salicylan sodowy, z któréj za pomocą kw. solnego i eteru uwolniono kw. salicylowy, dający się w rozczynie wykazać przez wystąpienie zabarwienia fijołkowego po dodaniu małéj ilości chlorku żelazowego. Zauważyć jeszcze wypada, że i w tym przypadku mocz w drugiéj godzinie po podaniu znacznych dawek sakcharynianu sodowego oddany stawał się alkaliczny i mętny, które to zmętnienie po dodaniu kw .zupełnie znikało.

Mężczyzna, którego obserwacyję w skróceniu przytoczyliśmy, pomimo biegunki, przez cały czas doświadczeń czuł się zupełnie dobrze. Ciężar ciała po użyciu 520 grm. sakcharynianu sodowego wynosił 58·5 klgr., a w dniu przyjęcia 57 kilogram. Także i u żadnéj z innych osób, którym podawaliśmy sakcharynę, nie zauważyliśmy ani razu ubytku ciężaru, ale najczęściéj powiększenie tegoż, jak to dostrzegał i Salkowski na psach, podając im sakcharynę w pokarmach.

VIII. Stosowanie sakcharyny jako leku w chorobach pęcherza bywa, jak na początku rozprawy wymieniliśmy, polecane przez autorów, to też mając pod ręką stosowne trzy przypadki, (mężczyzna i 2 kobiety) w klinice stałéj stosowaliśmy i my w takowych sakcharynian sodowy.

Wieśniak 32 lat liczący, z rozpoznaniem *Cystitis hämorrhagica e nephrolithiasi*, zresztą zupełnie zdrów przybył do kliniki, żaląc się na potrzebę częstego oddawania moczu i na ból przy oddawaniu takowego. Badanie moczu wykazuje: mocz mętny, brudno-czerwony, oddziaływa słabo kwaśno, białka w nim spora ilość, c. g. 1·023. W osadzie pod drobnowidem widać liczne ciałka krwi czerwone i ciałka wypocinowe, bardzo liczne komórki przybłonka płaskiego. Ciężar ciała 54·5 kilogr. Stan bezgorączkowy. Chory ten wyżył 120 grm. sakcharynianu sodowego w przeciągu dni dziesięciu, w dawkach po 2—4 grm. na dawkę, 8—24 grm. dziennie. Pomimo tych dawek stan chorego nie poprawił się, a nawet mocz, który z początku oddziaływał słabo kwaśno, wśród podawania sakcharyny zaczął oddziaływać alkalicznie. Tylko częstość oddawania moczu zmniejszyła się z mniéj lub więcéj 7-miu razy na godzinę na trzy razy, co jednak należy więcéj odnieść do działania czopków morfinowych, wprowadzonych do odbytnicy, których choremu z powodu znacznych bólów odmówić nie mogliśmy. Ogólny stan chorego był dobry, ubocznych objawów żadnych nie zauważono, oprócz lekkiego zaparcia, które lewatywami usuwano. Ciężar ciała w dziesiątym dniu zażywania sakcharynianu sodowego wynosił 56 kg. t. j. o $1\frac{1}{2}$ kg. więcéj niż przed zażywaniem.

Dodatkowo nadmienia się, że cierpienie pęcherza u tego chorego wśród zastosowania innych leków bardzo szybko ustąpiło, a chory zupełnie wyleczony opuścił klinikę.

Drugi nasz przypadek odnosi się do choréj, lat 61 liczącéj, u któréj zapalenie pęchorza od dłuższego czasu istniało, a przyczyny wystąpienia takowego nie można było wykazać. Obok tego u choréj téj wykazało badanie rozedmę płuc, miażdżycę tętnic i niedowład jelit dość znacznego stopnia. Stan bezgorączkowy. Chora ta wyżyła 108 grm. sakcharynianu sodowego w 13 dniach, w dawkach od 1—2 grm., a 2—10 grm. dziennie. I u téj choréj polepszenia co do stanu chorobowego pęcherza ani podmiotowo, ani przedmiotowo wykazać nie można było, pomimo, że dawki u niéj stosowaliśmy mniejsze, niż w przypadku poprzednim, licząc się ze stanem jelit, których czynność pobudzać trzeba było środkami przeczyszczającemi. Ciężar ciała u téj choréj wśród podawania sakcharynianu sodowego nie uległ zmianie. I w tym przypadku stan choroby wśród podawania innych leków znacznie się poprawił.

W trzecim przypadku mieliśmy do czynienia z *cystitis blenorrhoica acuta* u 23-letniéj dziewczyny. Chora ta w dniu przyjęcia okazywała stan gorączkowy, dochodzący do 39° C. W innych narządach zmian nie znaleziono. W przeciągu dni 12 wyżyła chora 200 grm. sakcharynianu sodowego w dawkach od 2—4 grm., a od 4—20 grm. dziennie. Pomimo to i u téj choréj polepszenia co do stanu pęcherza wykazać nie było można. Mocz zachowywał wśród całych dni 12-tu własności takie, jak w dniu przyjęcia; częstość oddawania moczu nie uległa zmianie, jak niemniéj bóle wśród oddawania takowego; tylko stan gorączkowy po dwóch dniach ustąpił, czego w żadnym przypadku po podawaniu sakcharynianu sodowego nie dostrzegliśmy; raz jednak gorączka na czas 24 godzin się pojawiła. Ciężar ciała i u téj choréj nie uległ zmianie. Przypadłości ubocznych żadnych nie zauważono. Gdy po zaniechaniu sakcharyny przystąpiono do specyficznego lekowania choroby, takowa wkrótce ustąpiła.

Jeżeli więc na podstawie tych trzech przypadków wolno czynić jakieś wnioski, odnoszące się do działania sakcharynianu sodowego w chorobach dróg moczowych, to takowe świadczyć tylko mogą zgodnie z doświadczeniami Petscheka i Zernera (l. c, p. 331) o tem, że działanie lecznicze tegoż jest tu zupełnie ujemnem, aczkolwiek P. Mercier i James Little sakcharynę szczególnie w téj chorobie zalecają. Z dru-

giéj jednak strony trzy te przypadki świadczą o tyle na korzyść sakcharyny, że pomimo znacznych dawek, w jakich ją chorzy zażywali, takowa nie wywołała żadnego podrażnienia nerek i dróg moczowych, ani w zdrowych, ani w chorych narządach, czego właśnie Dujardin-Beaumetz się obawiał.

Próby długotrwałego stosowania sakcharynianu sodowego. Skutki długotrwałego stosowania naszego przetworu staraliśmy się wybadać na jednéj rodzinie, składającéj się ze 7 zdrowych osób, a mianowicie z 5 dorosłych, jednego dziecka dwuletniego i jednego oseska czteromiesięcznego, którego karmiąca matka używała stale do słodzenia sakcharynianu sodowego. Z tych 7 osób należy odliczyć oseska i jednę kobietę, która po kilkorazowych próbach twierdziła, że czuje w sakcharynianie sodowym smak gorzki, podczas gdy wszystkie inne osoby tenże chętnie używały, nadmieniając, że napoje i pokarmy nim słodzone są słodsze, niż cukrem zwyczajnym. Od marca do końca września używano w celu słodzenia dla tych 5 osób sakcharynianu sodowego. Ilość w tych 6 miesiącach wypotrzebowana wynosiła 300 grm., t. j. 60 grm. na głowę. Przez cały czas używania sakcharynianu sodowego, ani u dorosłych, ani u dzieci nie zauważono żadnych zboczeń w jakiéjkolwiek czynności ustroju.

Z naszéj praktyki prywatnéj znamy chorą na cukrzycę, która już od 3 lat do osładzania zamiast cukru, niczego innego nie używa, jak tylko sakcharynianu sodowego i tenże z tym samym smakiem przyjmuje, jak dawniéj cukier.

Odrazę do sakcharyny, jak to się zdarza i do cukru, spostrzegliśmy z przypadków naszéj praktyki oprócz wymienionéj kobiety, jeszcze u choréj na cukrzycę, która woli używać kawy i herbaty bez cukru, aniżeli dodawać doń sakcharyny.

Polecając użycie sakcharyny należy zachować ostrożność, aby osobie nie podawać do kosztowania czystego przetworu, mającego smak zbyt słodki, lecz w rozcieńczeniu silnem we wodzie lub pokarmach. Podobnie ma się tu rzecz, jak z innemi przyprawami, solą, kw. octowym, wyskokiem, które w stanie zgęszczonym mają smak nieznośnie ostry, zaś w odpowiedniem rozcieńczeniu działają przyjemnie na nerwy smakowe.

Wreszcie przepisywaliśmy sakcharynian sodowy przez dłuższy czas do słodzenia leków płynnych w klinice i w praktyce prywatnéj u dorosłych i u dzieci, zupełnie z tym samym wynikiem co i syrop zwyczajny. W tym celu wystarcza na 100 grm. leku płynnego dodać według jego smaku 0·01—0.05 grm. sakcharynianu sodowego (*natr. saccharinicum solubile*).

X. Streszczając nasze spostrzeżenia kliniczne co do sakcharynianu sodowego, możemy powiedzieć:

a) Sakcharynian sodowy nie sprowadza żadnych zboczeń, ani w zakresie zmysłów i systemu nerwowego, ani w narządach krążenia, oddychania lub moczowych, stosowany w dawkach nawet 100 grm. dziennie.

b) W narządach trawienia dawki do 25 grm nie sprawiają widocznych zaburzeń; dopiero dawki po nad 25 grm. mogą sprowadzić biegunkę, która jednak i przy dawce dziennéj 100 grm. nie jest bardzo znaczną, a po odstawieniu przetworu zaraz ustępuje. Działanie to podrażniając przewód pokarmowy jest mniejsze, aniżeli po użyciu téj saméj ilości soli kuchennéj.

c) Na szereg chorób tak przewlocznych, jak i gorączkowych zdaje się być sakcharynian sodowy w zupełności bez wpływu. Jedynie tylko możnaby próbować średnich dawek (5—10 grm. dziennie), jako środka przeciwbiegunkowego, gdyż te dawki u niektórych osób wywoływały zaparcie stolca.

d) Odżywienie wskutek użycia sakcharynianu sodowego nie bywa upośledzonem. Po największych dawkach ciężar ciała nie tylko nie opadł, ale często się podnosił.

e) Sakcharyna nie przechodzi do śliny, ale przeważnie do moczu, jak n. p. żelasinek potasowy, gdzie już w pół godziny wykazać go można. Przy użyciu znacznych dawek sakcharynianu sodowego, wydalonym on zostaje częściowo i ze stolcem, a w moczu utrzymuje się jeszcze przez 30 godz.

f) Obliczając jako przyprawę do pokarmów i napojów średnią dawkę dzienną sacharynianu sodowego 0·3 gram. przedstawiającą słodycz 84 grm. cukru, a największą 0·5 grm, czyli 140 grm. cukru co do natężenia smaku słodkiego, mamy ranną konsumcyję sakcharynianu sodowego na jednę osobę 109 lub 172 grm., t. j. ilość mniejszą niż ta, którą nasi chorzy do doświadczeń użyci w kilku lub kilkunastu dniach wypotrzebowali. Gdyż n. p. mężczyzna K. M. (VII) wyżył bez szkody dla zdrowia już w przeciągu 9 dni nawet 520 grm. sakcharynianu sodowego, t. j. taką ilość, która jako przyprawa do pokarmów byłaby wystarczyła dla niego na 4—5 lat. Wpływ tak małych ilości sakcharyny, jakich jako przyprawy do pokarmów dziennie potrzeba, jest według naszych doświadczeń na wszystkie czynności ustroju żaden, a na czynność trawienia minimalny, w swoich zaś następstwach bez żadnych objawów, w każdym razie wpływ ten bez porównania jest mniéj szkodliwy, aniżeli z przypraw korzennych przez nasze kuchnie codziennie używanych, jako to: pieprzu, papryki, imbieru, cynamonu, wanilii, muszkatołowéj gałki, anyżu, kminku i t. d.

g) Ze względów lekarskich musimy przemawiać za stosowaniem sakcharynianu sodowego jako przyprawy do pokarmów zamiast cukru w cukrzycy, otyłości, rozstrzeni żołądka, przebiegającéj z brakiem kw. solnego, w raku żołądka, w nieżycie jelit, połączonym z bębnicą lub biegunką, do słodzenia leków zamiast syropu a wreszcie do łakoci dla dzieci, u których przez użycie nadmiaru cukru powstają często zaburzenia w przewodzie pokarmowym.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

O snach ogłosił Julijusz Nelson w Nowym-Jorku w *Amer. Journ. of. Psychol.* wyniki dokładnych spostrzeżeń na sobie samym; podczas wielu lat kontrolował, o ile to mu było możebnem, każdy sen i zebrał tym sposobem około 4000 zapisków o nich; równocześnie służyły mu te opowiadania jako miara żywości jego snów, czyniąc wnioski z liczby słów potrzebnych do ich spisania. N. rozróżnia sny wieczorne (tylko po silnem znużeniu występujące; snują daléj czynność za dnia wykonywaną); sny nocne (po silnych nerwowych rozdrażnieniach lub pobudzeniach, nawiązują także do ostatnich wrażeń dnia) i sny ranne (po zupełnym spoczynku mózgu, cechują się nieuzasadnionem fantastycznem ugrupowaniem zdarzeń, przez najdziwaczniejsze przemiany osoby i duszy). Następnie twierdzi N., że żywość snów waha się w prawidłowych przerwach (okresy 28 dni) i łączy objawy te z wahaniami życia płciowego (męskie katamenije). Także w przebiegu całego roku występują wahania (*minima* w marcu i kwietniu, *maxima* w listopadzie i grudniu). *Dr. Baschkopf.*

Bakteryjologija.

Guarnieri: **Przyczynek do znajomości** *Streptococcus erysipelatis.*

Zwłoki 23-letniego mężczyzny, który umarł wskutek róży twarzy, a który przez kilka lat chorował na zimnicę, a krótko przed śmiercią przebył odrę, dostarczyły G. mate-

ryjału do szczegółowych badań nad drobnoustrojem róży. Badania histologiczne, doświadczenia za pomocą hodowli i na zwierzętach doprowadziły autora do następujących wyników: 1) Za pomocą badania histologicznego stwierdzono, że koki róży na drodze naczyń krwionośnych zajętéj skóry opanowywują cały układ naczyniowy. Leukocyty (fagocyty) stawiały streptokokom, które w następstwie szybkiego mnożenia rozwielmożniły się po całym ustroju, tylko nieznaczny opór i musiały w końcu uledz ich jadowitości. Fakt, że streptokoki w znacznéj ilości znajdujemy w leukocytach, w komórkach przybłonkowych i w pierwoszczu komórek Kupffera (w wątrobie) wskazuje, że mikroorganizmy dostawszy się do obiegu krwi, doznają tego samego losu, co drobno sproszkowane ciała obce, które w celach doświadczalnych wprowadzono do krwi, z tą jednak różnicą, że te ustroje w pierwoszczu tkanin, do których się dostały, znajdują warunki korzystne do swego rozwoju i przez to wywołują śmiertelne choroby. 2) Z tego wynika, że w przebiegu róży mikroorganizmy téj chorobie właściwe, przez to, że przenikają wszystkie narządy, sprowadzają ogólne zakażenie, dla którego pewne choroby przez osłabienie ustroju przygotowywują korzystne warunki, jak w opisanym przypadku ciężka chera zimnicza i niedawno przebyta odra. 3) Hodowle koków róży, które wstrzyknięte pod skórę uszu królików wywołują lekkie, różycowate zapalenie, a zastrzyknięte pod skórę psom, świnkom morskim i białym myszom zachowywały się zupełnie obojętnie, wywoływały wprowadzone do naczyń krwionośnych śmierć tych zwierząt: u jednego królika przez dostanie się drobnoustrojów w wszystkie narządy, u drugiego przez zapalenie wrzodziejące śródsierdzia. To ostatnie przemawia za tem, że *Streptococcus erysipelatis* jest także chorobotwórczym bodźcem dla wrzodziejącego zapalenia śródsierdzia u człowieka, zarówno jak owego zapalenia śródsierdzia, które się często napotyka w gorączce połogowéj, a które ma etyjologiję wspólną z zakażeniem różycowem. 4) Z tego wynika, że patogenetyczna zdolność mikroorganizmu róży nie jest tak ograniczoną, jak Fehleisen sądzi, lecz że temu drobnoustrojowi należy się w patologii daleko ważniejsze miejsce, gdyż z jednéj strony znaleziono go w pewnych podwójnych zakażeniach obok innych mikroorganizmów, z drugiéj strony poznano w nim wyłączny bodziec dla innych chorób, które chociaż odmienne w swych objawach anatomicznych, mają jednak wspólną etyjologiję. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Brügelmann: **O dychawicy, jéj przyrodzie i leczeniu.**

Przedewszystkiem wskazuje B. z naciskiem na tę okoliczność, że początku dychawicy nie należy szukać tylko w nieżycie najdrobniejszych oskrzeli, gdyż ta nerwica odruchowa może powstać raz z powodu chorobowych zmian w najrozmaitszych częściach przewodu oddechowego, a w innych przypadkach jest ona następstwem najrozmaitszych czysto nerwowych stanów podrażnienia. B. rozróżnia według czynników etyjologicznych 5 rodzajów dychawicy: 1) nosową (*asthma nasale*), 2) połykowo-krtaniową (*a. pharyngo-laryngeale*), 3) oskrzelową (*a. bronchiale*), 4) z otrucia (*a. toxicum*), 5) z osłabienia nerwów (*a. neurasthenicum*). Rozróżnienie według rozmaitych patologiczn. miejsc pochodzenia jest ważne dla rozpoznania, a jeszcze więcéj dla leczenia, gdyż jak długo nie zwracano uwagi na to, że nos, gardło, krtań, może być siedzibą zadraźnienia dla dychawicy, leczono chorych bez wyjątku tylko przyrządami pneumatycznemi i osiągnięto może w wielu przypadkach złagodzenie napadów, ale nie wyleczenie; dopiero gdy uwzględniano nos, gardło, krtań i t. d. jako przyczyny choroby, było leczenie pomyślniejszym wynikiem uwieńczone. Wkrótce jednak popadnięto w odwrotną krańcowość, gdyż każdy lekarz fachowy opanował pewną odmianę dychawicy, rynolog przypalał w każdym przypadku astmatykowi nos, faryngolog gardło, laryngolog krtań i t. d. Przeciw temu podniosły się głosy, wołające o dokładne zbadanie wszystkich części narządu oddychania co do stanów chorobowych, występujących często tylko jako obrzmienie i zaczerwienienie. Istnieją jednak przypadki, w których nic chorobowego w tych częściach wykazać nie można, a wtedy musimy tę nerwicę odruchową pojąć jako neurasteniczną, względnie macinniczą. Wtedy stan podrażnienia układu nerwowego mogą podtrzymywać nawet nieznaczne zmiany w zakresie części płciowych, przewodu pokarmowego itd. Co do leczenia poleca B. przedewszystkiem pobyt w zakładzie, w którym obok fachowych zabiegów można użyć także leczenia pneumatycznego i przeciwnerwowego. (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 33). *Dr. Baschkopf.*

Leo (Berlin): **O bulimii.**

Przez bulimiję rozumiemy chorobowe powiększenie się uczucia głodu, które występuje nagle. Jeżeli się głodu nie zaspakaja, wtedy powstaje nieprzyjemne uczucie w okolicy żołądka, drżenie, wystąpienie potu. L. spostrzegał wystąpienie chorobliwéj żarłoczności po rozmaitych chorobach; w kilku przypadkach stwierdził nieprawidłowo krótkie przebywanie wprowadzonych pokarmów w żołądku; czy ono polega na niedomodze odźwiernika, czy też na podwyższeniu motorycznéj czynności żołądka, jest wątpliwem. Najróżnorodniejsze bodźce wpływają na uczucie głodu, u jednego chorego nie wywierało nawet spożywanie wielkich ilości chleba żadnego wpływu ani na głód ani na zajęcie głowy, natomiast wpływało korzystnie wprowadzanie dużych ilości chudego mięsa i kakao. U innych znowu chorych okazała się jakość wprowadzonych pokarmów obojętną. Jedna osoba uskarżała się na nadmierny głód, występujący dopiero podczas jedzenia, który wzmagał się jeszcze, gdy dużo, a zwłaszcza stałych pokarmów spożywała. Daléj spostrzegał L. bulimiję w obecności tasiemców, 2 razy w biegunce, peryjodyczne występowanie jéj w następstwie zbyt obfitéj miesiączki. W ostatnich przypadkach wpływał albo stan wyniszczenia tkanek na powstawanie bulimii lub regularność działała pobudzająco na nerwy, wpływające na jajnik i sprowadzała pośrednio bulimiję. Przyjmowanie małych ilości pokarmów może uśmierzyć uczucie głodu na krótki czas. Ośrodek głodu stoi pod wpływem najrozmaitszych bodźców, z których raz ten, drugi raz inny bierze przewagę. Leczenie jest w przypadkach, w których przyczyna choroby jest znaną przeciw niéj zwrócone (moczówka cukrowa, obfita miesiączka, pasorzyty jelitowe, choroby żołądka i t. d.); także należy zwalczać podwyższoną pobudliwość nerwową za pomocą zwykłych sposobów. Niekiedy jest korzystny spokój i wstrzymywanie się od zajęcia, a w innych przypadkach powiększa się jeszcze przez to żarłoczność, niekiedy skutkują leki (bromek potasu i t. d.), w odpowiednich przypadkach leczenie Weir Mitchella. Częste jednak wprowadzanie wielkich ilości pokarmów może obciążyć przewód pokarmowy i szkodzić; korzystnem okazało się L. częste wprowadzenie małych ilości pokarmów stałych i płynnych na przemian. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 28). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

T. Torggler: **Przyczynek do wiadomości o przewrotnym popędzie płciowym u kobiet.**

W ostatnim zeszycie *Arch. f. Gynaek.* ogłosił Lacker w Grazu kilka przypadków szczególnéj postaci przewrotności popędu płciowego u niewiast, nie mającéj analogii u mężczyzn. Cechująca własność téj postaci polega na tem, że przy prawidłowo rozwiniętym popędzie płciowym i prawidłowéj skłonności do płci drugiéj, a braku wszelkiego chorobowego pociągu do płci własnéj, istnieje zupełny i oddawna istniejący brak płciowego zaspokojenia przez spółkowanie, lecz zaspokojenie przez onaniję, a przytem jest zupełna świadomość choroby, a nawet życzenie wyleczenia i zupełny brak objawów zwyrodnienia umysłowego. Ciekawy przypadek T. jest w krótkości następujący: Do autora zgłosiła się 20-letnia osoba, do lepszego stanu należąca, z powodu niepłodności; od 6-ciu miesięcy zaślubiona jest 27-letniemu zdrowemu mężczyznie, winę niepłodności przypisuje sobie, tem bardziéj, że mąż posiada nieślubne dziecko. Badanie tęgiéj blondyny nie wykazało żadnych zboczeń: pierwsza regularność w 13 tym roku, wkrótce potem poznała, dzięki staréj krewnéj, onaniję, która jéj wielką rozkosz sprawiała, wykonywała ją 2, 3, nawet 4 razy dziennie i bez niéj zasnąć nie mogła. W 16-tym roku zawiązała stosunek miłosny z młodzieńcem, z którym

oddawała się wzajemnéj masturbacyi, którą w 18-tym roku zamieniła na spółkowanie. To jéj jednak nigdy nie zadowalniało tak, że po stosunku płciowym musiała się onanizować. Obecnego męża zaślubiła na podstawie prawdziwego przywiązania, ale i pożycie małżeńskie z nim nie zadowalało jej, tak, że pozostała wierną staremu nałogowi. Mimo to czuje się z powodu tego stanu płciowego i braku potomstwa nieszczęśliwą i prosi o pomoc. Aby zmniejszyć istniejącą przeczulicę, polecił T. oprócz możliwego unikania wszelkiego rozdrażnienia płciowego wielkie dawki bromku sodu z lupuliną, częste pędzlowanie łechtaczki i okolicy 10% roztworem azotanu srebrowego, z jednéj strony, aby usunąć objawy zadrażnienia, a z drugiéj, aby przez zmniejszanie czułości łechtaczki utrudnić masturbacyję, w nadziei, że może późniéj uda się podrażnić nerwy płciowe, kończące się w błonie śluzowéj sromu, pochwy, szyjki i ujścia macicznego i sprowadzić prawidłowe zaspokojenie popędu płciowego. Wynik leczenia nie był świetnym. (*W. kl. Woch.* 1889, Nr. 28). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

E. Bergmann (Berlin): **Chirurgiczne leczenie chorób mózgowych.**

B. radzi tylko typowe, na pewno rozpoznane choroby mózgu poddawać leczeniu chirurgicznemu. W przepuklinach mózgowych przedniéj części głowy poleca usunięcie z podwiązaniem szypułki, co pozostaje bez ważniejszego wpływu. Operacyja *Kenenkephalokele* daje lepsze rokowanie, niż *Hydroenkephalokele*, ponieważ w téj ostatniéj pozostaje nadal niebezpieczeństwo powiększającéj się puchliny komórek. Z przepuklin czaszkowych potylicznych są tylko czyste przepukliny oponowe i mniejsze postacie przystępne leczeniu chirurgicznemu. Najlepszemi wynikami cieszy się chirurgija mózgu w głębokich ropniach mózgowych. Wychodząc z zapatrywania, że przewlekły ropień mózgowy mimo rozwinięcia się grubéj błony ropniowéj skłonny jest do rozszerzenia się i do przebicia do komórek, co zawsze sprowadza niebezpieczeństwo śmierci, radzi B. otworzyć każdy przewlekły ropień mózgowy, skoro go tylko rozpoznać i dosięgnąć można. W rozpoznaniu ropnia mózgowego stanowi etyjologija główną podstawę. Ropień mózgowy przyłącza się albo do zranienia miękkich lub twardych powłok czaszkowych albo powstaje w następstwie ropnego zapalenia powłok czaszkowych i to przeważająco często wychodząc z kości narządu słuchowego Ropne zapalenie ucha środkowego jest najczęstszą przyczyną ropnia mózgowego. Prócz tych przez zranienia lub przewlekłe zapalne sprawy w czaszce powstających ropni mózgowych, mamy jeszcze przerzutowe, ropnicowe, szczególniéj po ciężkich ropieniach płuc, i gruzlicze. Na skuteczny zabieg nie można liczyć przy dwóch ostatnich rodzajach, lecz tylko przy ropniach z początku przytoczonych. Ważną rolę odgrywa wczesne rozpoznanie, w którem zasługują na uwagę wywiady, wykazujące zawsze poprzedzanie rany lub przewlekłego zapalenia z ropieniem. Z objawów są szczególnie ważne: po pierwsze objawy nagromadzenia ropy same przez się: gorączka, upośledzenie stanu ogólnego, po drugie przez wzrastający ropień wywołane objawy ucisku mózgowego, po trzecie objawy ogniskowe. Ostatnich nie ma, jeżeli ropień rozwija się w płatach mózgu czołowych, potylicznych i skroniowych, gdyż znaczne części téj okolicy mózgowéj mogą być wykluczone bez sprowadzania objawów. Mniéj widoków na pomyślny wynik i gorszą przyszłość rokuje B. wobec nowotworów mózgowych. W leczeniu padaczki tylko wtedy należy trepanować, jeżeli rozchodzi się o typową padaczkę Jacksona, w któréj należy usunąć chorą część kory. (*Berl. kl. Woch.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Choroby uszne.

Colles (New York): **13 przypadków przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego leczonych przez wycięcie kostek słuchowych.**

W wielu przypadkach długotrwałego cieczenia z ucha nie pomagają zwykłe, miejscowo użyte środki, co się tłómaczy próchnicą kostek słuchowych, które wtedy nietylko są źródłem ciągłego ropienia, lecz także przyczyną nieustawicznego drażnienia sąsiednich części chorych. Od tych kostek rozchodzą się na wszystkie strony jamy bębenkowéj tasiemkowate zrosty, które razem z bujną ziarniną i resztkami błony bębenkowéj stanowią przegrodę dla odpływającéj wydzieliny jakoteż dla leków od zewnątrz wprowadzonych, a w takim razie leczenie musi być bezskutecznem, gdyż brakuje tu przedewszystkiem warunków chirurgicznych do wyleczenia: wolnéj drogi dla odpływającéj wydzieliny i usunięcia chorych tkanek, dla tego otyjatrzy usuwają resztki błony bębenkowéj i zajęte kostki słuchowe. W tym celu posługuje się Sexton, w Stanach Zjednoczonych światłem elektrycznem, wychodzącem z lampki, przytwierdzonéj do głowy na wzór lustra czołowego; głębokie uśpienie jest koniecznie potrzebne dla zupełnego unieruchomienia głowy. Po usunięciu chorych części i obsuszeniu wpuszcza kilka kropel 4% roztworu kokainy, jeśli występują bóle. C. opisuje 13 przypadków, leczonych tym sposobem przez Sextona, które mają stwierdzić znakomite zalety tego leczenia. Co do wyników, to 8-miu chorych zupełnie wyleczył, a 5 ciu doznało polepszenia. Jeżeli ujście przetoki ponad krótkim wyrostkiem w *membrana flaccida* stanowiło jedyny otwór dla wydzieliny, usunął podmiotowe objawy, jak ból głowy, szum uszu przez wycięcie błony bębenkowéj i kostek. Poprawa słuchu była bardzo znaczną, chociaż nie nastąpiła natychmiast, lecz niekiedy dopiero powoli a znaczenie operacyi jest o wiele większe przez tę poprawę słuchu, którą tłómaczymy sobie tem, że przez usunięcie chorych tkanek przygotowujemy wolną drogę dla fal słuchowych. (*D. m. W.*, 1889, Nr. 28). *D. Baschkopf.*

Położnictwo.

Doederlein: **Znaczenie i pochodzenie wody płodowéj.**

D. badał wody płodowe zwierząt (cieląt) i doszedł do następujących wyników: 1) Woda opłodowa powiększa się aż do połowy ciąży, a zmniejsza się ku końcowi tak względnie jak i bezwzględnie; nie jest ona wytworem płodu, w którego rozmaitych częściach żołądka znajdowano ją kolejno zmienioną. Woda omocznéj powiększa się stale, w końcu do 5—6 litr.; 2) zawartość białka. Woda opłodowa jest uboga w białko, woda zaś omocznéj zawiera go dużo, niekiedy 1%; ilość zwiększa się z postępem ciąży; 3) stosunki popiołu. Woda opłodowa ma skład stały, posiada mniéj lub więcéj zawartość soli surowicy krwi, z któréj zdaje się więc że pochodzi. Woda omocznéj zawiera przy małéj ilości na wielką ilość K.; 4) w pierwszym moczu nowo-urodzonego cielęcia znajduje się, podobnie jak w płodowym, do 0·2% białka. D. więc wnioskuje, że: a) woda opłodowa jest przesączyną z pierwszéj połowy ciąży, którą płód peryjodycznie połyka; b) woda omocznéj jest moczem płodowym. W końcu wspomina, że widział moczenie u 5-cio-miesięcznego zarodka. (*W. k. W.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Czerniewski: **O pęknięciach międzykrocza i śmiertelności po porodach na ulicy.**

Kwestyja ta nabiera ogólnego znaczenia ze względu na pytanie, czy choroby porodowe posocznicowe powstają wskutek samozakażenia się lub przeniesienia zarazka przez powietrze, czy też zależą wyłącznie tylko od bezpośredniego zaniesienia zarazka z zewnątrz za pomocą rąk przy akcie porodowym? W razie słuszności pierwszego przypuszczenia ilość chorób po porodzie na ulicy i w szpitalach powinnaby być jednakową. Autor zebrał materyjał ze sprawozdania petersburskiego zakładu położniczego o porodach na ulicy z ostatnich 15 lat uwzględniając tylko przypadki, w których po przybyciu do zakładu wprowadzenie ręki było niepotrzebnem. Przypadków takich było 646. Liczba gorączkujących po porodzie przez jeden do kilku dni wynosiła 33·9%. W choroby gorączkowe poporodowe zapadło 9·9%. Ciężko chorowało 5·4%. Umarło 0·3%. Z tego widać, że procent zachorowań po porodach na ulicy w porównaniu do tegoż w rozmaitych klinikach jest bardzo niskim Autor przypuszcza, że % ten byłby jeszcze niższym, gdyby zakażenie nie następowało już w samym zakładzie położniczym. Na podstawie tego przychodzi do wniosku, że zakażenie położnic odbywa się drogą bezpośredniego przeniesienia zarazka ręką lub instrumentami i że obecnie o innym sposobie zakażenia nie może być mowy. (*Żurnał akuszer. i żenskich boleźniej*, 1889, Nr. 4).

A. W.

Zajaicki: **18 nadpochwowych laparohisterotomij wykonanych podług Schroedera od r. 1883—1888.**

Autor stanowczy zwolennik laparotomii dla wycięcia macicy wykonał 18 takich operacyj. Wyniki ich są następujące: Z 18-tu operowanych wyzdrowiało 14, umarło 4. Przyczyną śmierci we wszystkich przypadkach było posocznicowe zapalenie otrzewny. Wskazaniem do operacyi były w 15 przypadkach włókniaki macicy po największéj części miąższowe lub mięszane, w 1-ym przypadku mięśniak, w 2-im zaś przyp. zrobiono histerotomię w celu ułatwienia wycięcia torbieli jajnikowych ścisłemi zrostami z macicą połączonych. Co do wieku chorych, to 16 z nich miało 30—50 lat, 1—20 i 1—60 lat. (*Żurnał akuszerstwa i żenskich boleznéj*, 1889, Nr. 4). *A. W.*

Choroby skórne.

Karol Szadek (Kijów): **Przyczynek do leczenia rzeżączki przewlekłéj zgłębnikami powleczonemi maścią.**

W końcu dłuższéj rozprawy czyni Sz. następujące wnioski: 1) Przez wprowadzenie zgłębników w leczeniu przewlekłéj rzeżączki osiągnęliśmy wzbogacenie leczenia cewki, które jednak nie da się zastósować do leczenia wszystkich przypadkach przewl. rzeż.; 2) podany przez Unnę sposób leczenia przewl. rzeżączki przez zastosowanie zgłębników pokrytych maściami jest znakomitem i skutecznem postępowaniem w wielu przypadkach przewl. rzeżączki i neurastenii płciowéj. To leczenie jednak wskazane jest tylko w odpowiednich, ściśle określonych przypadkach rzeżączki, a szczególnie w tych, gdzie mamy do czynienia z zapaleniem przerostowem albo z przerostem ścian cewki, z t z. szerokiemi zwężeniami a nie ma erozyi, wybujałości brodawkowatych ani owrzodzeń; 3) w każdym razie jednak okaże się w wielu przypadkach tym sposobem leczonéj rzeżączki po rozszerzeniu światła cewki moczowéj, że potrzebnem jest leczenie następowe wstrzykiwaniami różnych środków ściągających; 4) chociaż zawsze zdarzają się takie przypadki rzeżączki, które stawiają opór wszystkim zabiegom leczniczym, nawet leczeniu zgłębnikami, przecież znajdzie każdy dzielny i doświadczony lekarz fachowy często wskazanie do tego sposobu leczenia, który jest dogodnym, dokładnym i w wielu przypadkach *Urethritis chronica* nadzwyczaj dobrze działającym. (*Archiv f. Derm. u Syph.* 1889, zeszyt 2).

Dr. Baschkopf.

Chotzen (Wrocław): **O zmianach tkanek po wstrzykiwaniach podskórnych kalomelu.**

Rozmaite następstwa podskórnych wstrzykiwań kalomelu, począwszy od mało znaczącego rozlanego nacieku aż do chełbocącego obrzęku, dochodzącego niekiedy do wielkości jaja kurzego, spowodowały kolejne badanie miejsc, w które wstrzykiwania robiono. Ogólnym wynikiem badań tych było, że kalomel działa jako bodziec zapalny. Za pośrednictwem cieczy tkankowéj zamieniają się cząsteczki kalomelu w sublimat wśród wydzielania rtęci metalicznéj, która jako drobne kuleczki osadza się na powierzchni tych cząsteczek. Sublimat zaś wywołuje zapalenie i wydostanie się surowicy jako też białych ciałek krwi. Równocześnie już po 24 godzinach przychodzi do osadzenia się włóknika w beleczkach i to nawet w znacznéj odległości od miejsca złożenia kalomelu. Obok zapalenia surowiczo-włóknikowego i rozpadu tkanki znajdujemy także zielonawo-żółtą płynną ropę. W wytworach zapalnych jednak nie znaleziono mimo najstaranniejszego badania od 1 do 26 go dnia bakteryj. Kuleczki rtęci metaliczéj zmniejszają się ustawicznie, w końcu zamieniają się w zupełności w sublimat. Choćby się jeszcze kalomel zupełnie nie rozpuścił, to już przychodzi do odnowienia się tkanki, rozpoczynającego się od obwodu ogniska zapalnego, które staje się tem mniejsze, im więcéj beleczek łączno-tkankowych przeciąga tkankę podskórną. Dobrowolne przebicie tem prędzéj następuje, im powierzchowniéj kalomel został złożony, im łatwiéj powierzchnia ogniska zapalnego dosiągnąć może sieci Malpighiego. ((*Viertelj. f. Derm. u. Syphilis*, rocz. XX).

Dr. Baschkopf

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VI. Posiedzenie naukowe z 27 kwietnia 1889.

Przewodniczący: Kol. Merczyński. Członków obecnych 23: jako gość Dr. Kołączkowski ze Sącza.

1) Kol. Dr. Barącz przedstawił narzędzie do mobilizacyi kostek słuchowych Lucae'go, który podał go w 1882 pod nazwą: *Federnde Drucksonde.* Przyrząd ten składa się z pelotki wielkości ziarna prosa z jednéj strony nieco wgłębionéj, a umocowanéj na pręciku stalowym, który umieszczony jest na sprężynce w trzonku. Używa się go przy *otitis media sicca* do rozluźnienia unieruchomionych kosteczek słuchowych. Po oświeceniu reflektorem wielkim, założonym na czoło wnętrza zewnętrznego przewodu usznego zakłada się pelotkę na krótki wyrostek młotka i uciskając lekko wykonywa się w odstępach 8—10 trąceń sprężynowych. Zabieg ten powtarza się co 2—3 dni, a to dlatego, że powstaje lekka reakcyja w postaci zaczerwienienia błony bębenkowéj. Często gdy wszystkie inne środki w *otitis media sicca* używane szumu i przytępienia słuchu nieusuwają, systematycznie przeprowadzone leczenie za pomocą tego przyrządu jedno i drugie usunąć jest w stanie. W przypadkach mniéj pomyślnych jednak szum w uszach nie zawsze ustępuje i tylko słuch może się poprawić.

2) Kol. Lisowski przedstawił w obszernym odczycie chronologicznie cały szereg środków używanych do bezbolesnego wyjmowania zębów. Środki te podzielić można na dwie grupy. Do pierwszéj należą znieczulające ogólnie czyli usypiające, do drugiéj znieczulające miejscowo. Z grupy pierwszéj obecnie w dentystyce najbardziéj rozpowszechnionym jest dwutlenek azotu. Przy środku tym chorzy nie doznają przykrych przypadłości, jak nudności, wymiotów i bólu głowy — uśpienie trwa nader krótko, tylko tak długo, ile czasu na wyjęcie zęba potrzeba, wkońcu bezpośrednio po obudzeniu się chorzy zwykłym zajęciom oddawać się mogą. Pomimo tych zalet nie jest on jednak zupełnie bezpieczny, gdyż przy użyciu jego w stanie czystym jest pewien chociaż bardzo mały procent śmiertelności znany. Natomiast użyte w mięszaninie z tlenem w stosunku 6 : 1 pod wielkiem ciśnieniem według pomysłu Pawla Berta jest idealnym środkiem usypiającym, bo nie tylko nie sprowadza przykrych przypadłości, ale i nie zagraża wcale życiu. Jedynie wysoka cena téj mięszaniny i potrzeba użycia wielkiéj jéj ilości stoi na przeszkodzie szerszemu rozpowszechnieniu się tego sposobu usypiania. Ze środków miejscowo znieczulających podniósł prelegent wartość kokainy w rozczynach rozmaitego stopnia, która używa się tak we formie wstrzykiwań miąższowych jak i pomazywań do znieczulenia przy wyjmowaniu zębów.

W dyskusyi nad tym odczytem wzięli udział koll. Barącz, Krobicki, Mahl, Bylicki i Wiktor.

3) Z kolei kol. Dr. Pisek odczytał pierwszą część swéj pracy: „O osłabieniu nerwowem serca (*Heart-starvation*) Forthergilla“. Odczyt ten będzie umieszczony w „Przeglądzie Lekarskim“, przeto w protokule posiedzenia sprawozdania z niego się nie podaje.

Za sekretarza nauk.: *Dr. Krobicki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II-te z dnia 5 czerwca 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 15-tu.

1) Kol. Pieniążek ma zapowiedziany wykład o laryngofisurze. Podawszy historyję tracheotomii, a następnie endolaryngealnego leczenia niektórych chorób krtani, przechodzi prelegent do laryngofisury, a wyjaśniwszy sposób, w jaki operacyję tę się wykonywa, przytacza z kolei 12 przypadków, w których sam ją wykonał, i to przeważnie w szpitalu św. Łazarza na oddziale chirurgicznym, jakoteż podaje wyniki operacyi; poświęca kilka uwag wskazaniom, oraz oznajmia, że jest zwolennikiem wykonywania zabiegu tego przy głowie zwieszonéj, a to dlatego, że krew spływająca do tchawicy się nie dostaje, od czego w położeniu zwykłem chorego nie ochraniają kaniule tamponujące.

W dyskusyi oznajmia kol. Obaliński, że pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał w Krakowie ś. p. prof. Gilewski

w roku 1867. Zabierają jeszcze głos koledzy: Buzdygan, Porębowicz, Sroczyński, przewodniczący i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Łukowski.*

V. Zjazd pierwszy chirurgów polskich.

Posiedzenie I. przedpoł. d. 16 października w sali operacyjnéj nowéj kliniki chirurgicznéj.

Po wstępnem powitaniu uczestników przez prof. Rydygiera dokonano w myśl statutu wyboru Wydziału, do którego weszli jako przewodniczący stały prof. Rydygier, jako zastępcy przewodniczącego Dr. Stankiewicz z Warszawy i prof. Obaliński z Krakowa, jako kasyjer doc. Dr. Trzebitzky z Krakowa i sekretarze Dr. Wehr ze Lwowa i doc. Dr. Bossowski z Krakowa.

Przewodniczący prof. Rydygier dziękując za wybór, otwiera o godzinie 10¼ rozprawy naukowe i oddaje głos Dr. Jasińskiemu (z Warszawy), który wyłożył rzecz o skolijozach neuropatycznych, objaśniając zajmujący odczyt fotogramami licznemi i przedstawieniem obrazów mikroskopowych. (Odczyt ten w całéj rozciągłości drukowanym będzie w *Przeglądzie Lekarskim).*

Z kolei przystąpił Dr. Dembowski (Wilno), posługując się aparatem projekcyjnym do przedstawienia szeregu obrazów mikroskopowych z guza, operowanego przez prof. Wahla w Dorpacie, który prelegent uważa za cylindroma i w kwestyi budowy, jako też właściwego unaczynienia tych rzadkich nowotworów spostrzeżenia własne podaje.

Następnie zabiera głos Dr. Barącz (Lwów), opisując szereg przypadków promienicy, którą spostrzegał i leczył operacyjnie u 6 chorych, a z tych przedstawia jednego z wyleczoną promienicą skóry w okolicy gałęzi wstępującéj szczęki dolnéj. Rozstrząsając etyjologię swoich przypadków w wielu razach niewyjaśnioną, kreśli przebieg choroby i objawy kliniczne u swych chorych i zaleca przy leczeniu najrychlejsze wydalenie doszczętne ognisk chorobowych.

W dalszym ciągu Dr. Wehr (Lwów) mówi o przypadku aktinomykozy brzusznéj, w którym przed 2 laty stwierdzić można było w jamie brzusznéj guz poruszalny z sieci lub jelita wychodzący, który następnie po odpłynięciu ze stolcem znacznéj ilości ropy w zupełności zniknął. W rok późniéj w tkance podskórnéj powłok brzusznych pojawił się pierwszy guzek wielkości orzecha włoskiego, który uległ samoistnie przebiciu i odtąd tworzą się kolejno coraz to nowe ogniska guzowate w powłokach brzusznych, otwierające się przetokami na zewnątrz, wśród których drążą w rozlicznych kierunkach kręte kanały z charakterystycznemi grudkami promienicy. Zabiegi operacyjne, do wyłuszczenia doszczętnego guzów skierowane, z których przedkłada Dr. Wehr równocześnie preparaty, nie były w stanie zapobiedz wytwarzaniu się świeżych ognisk chorobowych wobec szerokiego rozgoszczenia się grzybka promienicy.

Dr. Bujwid (Warszawa) przedstawia wyprowadzone przez się hodowle grzybka promienicy i wyłożywszy sposób ich otrzymania na pożywkach agarowych po odciągnięciu z rurki hodowlanéj tlenu rozczynem pyrogalolu w ługu sodowym żrącym, objaśnił treściwy wykład fotogramami i szeregiem udatnych obrazów mikroskopowych przy pomocy przyrządu projekcyjnego rzuconych na ekran.

W dyskusyi, która objęła łącznie 3 powyższe wykłady, zaznaczył Dr. Zielewicz rzadkość pojawiania się promienicy w okolicy Poznania i stwierdził zarazem uporczywość téj choroby, nie ustępującéj mimo energicznego zastosowania łyżeczki ostréj i przyżegania środkami żrącemi. Dr. Jakowski (Warszawa) wspomniał o przypadku, w którym grzybek promienicy wraz z drzazgą wniknął w głąb skóry i wywołał chorobę, a — odnośnie do hodowli promienicy, otrzymanych przez Dra Bujwida zauważył, że dopiero wyniki szczepienia tychże zwierzętom określą ściśléj ich charakter.

Następnie Dr. Zielewicz (Poznań) wygłosił wykład o leczeniu wrzodów goleniowych za pomocą transplantacyi skóry, przyznając metodzie anaplastycznéj Thierscha pierwszorzędną wartość pod względem wyników przy jéj użyciu osiągnąć się dających. Postępując ściśle według przepisów Thierscha, zwrócił prelegent uwagę na najtroskliwsze oczyszczenie wrzodu przez wyskrobanie ziarniny ostrą łyżeczką i okrojenie brzegów, na dachówkowate pokrycie wrzodu w całéj jego rozciągłości płatkami skóry nie dłuższemi nad 3—4 cm. i odpowiednie osłonięcie pokrytego plastycznie ubytku opatrunkiem, któryby zapobiegał odklejaniu się przygojonych płatków przy zmianie opatrzenia.

W dyskusyi przemawiali: prof. Obaliński, który z podanéj przez Reverdina metody anaplastycznéj trwałych nie doczekał się rezultatów, a natomiast dobre osiągnął wyniki po zastosowaniu metody autoplastycznéj Maasa, jako też przy przeszczepianiu płatów wędrujących według metody francuskiéj Rouxa.

Dr. Jasiński odradza użycia skóry żabiéj jako materyjału do przeszczepiania, z którego nie osiągnął bynajmniéj dobrych rezultatów. Dr. Barącz zaleca w miejsce używanego przez Thierscha rozczynu soli kuchennéj zastosowanie silniejszych rozczynów antiseptycznych, jak n. p. $^1/_{1000}$ rozczynu sublimatu, opierając się na pracy Brunsa z Tübingi. Dr. Bogdanik (Biała) zapytuje, jak wielkie ubytki pokrywał prelegent sposobem podanym przez Thierscha, a otrzymawszy odpowiedź, że takowe zajmowały częstokroć ¾ obwodu podudzia, przyznaje doniosłość téj metody plastycznéj i utyskuje nad brakiem oświaty u ludu w swéj okolicy, który nie rzadko niweczy rozmyślnie skutek dokonanych celem uzdrowienia zabiegów. W końcu zabiera głos prelegent, aby odpowiedzieć na zadane sobie pytania i raz jeszcze podnieść zalety wypróbowanéj przez się metody transplantacyjnéj Thierscha.

Dr. Peszke (Warszawa) okazał rhichanotrepan pomysłu Dra Stolla z Warszawy i objaśnił doświadczalnie sposób użycia tego narzędzia, służącego do świdrowania, wiercenia i piłowania kości

O godzinie 1-széj zamknął przewodniczący obrady przedpołudniowe, zapraszając uczestników Zjazdu do zebrania się o godzinie 2-giéj w auli uniwersytetu na posiedzenie popołudniowe.

A. B.

Sprawozdanie z 15-go wiecu stowarzyszenia niem. dla higijeny publicznéj w Strasburgu.

Podał

Dr. J. Buszek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Drugi referent starszy radca budowniczy Prof. Baumeister z Karlsruhe uzupełnił wywody poprzedniego mówcy w niektórych punktach technicznéj przeważnie natury, zwrócił uwagę na to, że byłyby potrzebne odmienne przepisy dla miast starych, dla rozszerzenia miast i dla wsi w ogóle, lecz za to żądania stawia się minimalne nie krępując wcale zarządów gmin, aby w danym razie wychodziły poza ramy ustawy.

Wśród rozpraw nad tym przedmiotem pojawiły się poprawki, zdążające głównie do tego, aby wskazać, że należy opracować projekt do ustawy na zasadzie podziału: policyja budowlana, policyja mieszkań i prawo wywłaszczania i dopiero taki projekt przedłożyć zgromadzeniu. W razie zaś gdyby wniosku tego nie przyjęto, przedstawili mowcy liczne poprawki do poszczególnych ustępów referatu głównie w kierunku technicznym.

Zgromadzenie atoli wysłuchawszy przekonywającéj obrony referentów przyjęło ich referat bez zmiany w następującem brzmieniu:

I. Ulice i place budowlane.

§. 1. 1) Zakładać, rozszerzać albo zmieniać ulice wolno tylko na podstawie planu budowlanego, zatwierdzonego przez właściwą władzę.

2) Przy zatwierdzaniu takiego planu musi być odpowiednia część całego obszaru pozostawiona jako grunt niebudowlany na ulice, place i publiczne ogrody.

3) Plan zabudowania może przepisywać dla pewnych ulic albo części ulic cofnięcie granic budynków za liniję regulacyjną (dla ogródków) albo dla uzyskania najmniejszéj odległości bocznéj pomiędzy budynkami.

4) Dla utrzymywania ulic i placów budowlanych można używać tylko takiéj ziemi, która nie zawiera szkodliwych dla zdrowia składników.

II. Stawianie nowych budynków.

§. 2. 1) Wysokość budynku nie może być wyższą od strony ulicy jak odległość jego od przeciwległéj linii regulacyjnéj.

2) Wysokość murów, budynków, położonych od dziedzińca i zaopatrzonych w okna, jakie § 7 przepisuje, można dopuścić jako najwyższą półtora raza taką, jaką jest średnia odległość od przeciwległéj granicy niezabudowanéj powierzchni.

3) Średnia szerokość podwórza, na który wychodzą okna, nie może wynosić mniéj aniżeli 4 m.

4) Można składać dziedzińce sąsiednich parcel budowlanych celem uzyskania przepisanéj odległości, albo najmniéjszéj a przepisanéj szerokości, o ile jest pewność, że dziedzince takie nie będą zabudowane.

5) Każda część gruntu niezabudowanego musi mieć dostęp celem utrzymania go w porządku, przynajmniéj 1 m. szerokości 2 m. wysokości.

§ 3. 1) Dla obszarów już wyżéj względnie gęściéj zabudowanych, aniżeli przepisy § 2 dopuszczają, można zastosować dla budynków następujące ułatwienia:

Wysokość budynku od ulicy może być $1\frac{1}{2}$ raza tak wielką jak odległość jego od przeciwległéj linii regulacyjnéj a w podworcach 3 razy tak wielką, jak wynosi szerokość dziedzińca.

Szerokość dziedzińca można ograniczyć do 2·5 m.

2) Przy zastosowaniu tych przepisów nie można jednakowoż sprowadzać stanu gorszego dla oświetlenia dopływu i powietrza.

§. 4. Można pozwolić na wystawienie nowego budynku, jeżeli się postarano o to, aby miał doprowadzoną wodę zdrową i w dostatecznéj ilości, jako też. aby odchody i płuczyny można zbierać i usuwać w sposób dla zdrowia nieszkodliwy.

§. 5. 1) Ilość potrzebnych wychodków dla każdego budynku należy oznaczać według tego, ile ludzi zwyczajnie ma w nim mieszkać. Prawidłowo należy dla każdego mieszkańca założyć wychodek osobny, zewsząd mający ściany, nakryty i do zamykania.

2) Każdy wychodek powinien mieć okno, wychodzące bezpośrednio na wolne powietrze, dające się otwierać dla przewietrzenia.

3) Rury spustne muszą być z materyjału niewsiąkliwego i zwyczajnie powinny ponad dach przedłużone służyć do przewietrzania.

4) Podłogi i powały w stajniach, jako też ściany przedzielające je od mieszkań powinny być nieprzepuszczalne.

5) To samo dotyczy podług, pował i ścian działowych pracowni, z których możnaby się obawiać znacznych wpływów szkodliwych na zdrowie.

6) Nie wolno używać szkodliwych dla zdrowia materyj do wysypywania podług i pował.

III. Stawianie nowych budowli dla ludzi.

§. 6. 1) Ubikacyje, mające służyć dla dłuższego pobytu ludzi, muszą mieć 2·4 m. wysokości (lichte Hoehe).

2) Nie wolno urządzać mieszkań wyżéj jak na cztery piętra.

§. 7. 1) Ubikacyje, mające służyć na pobyt dłuższy dla ludzi muszą mieć okno do otwierania, wychodzące bezpośrednio na wolne powietrze. Wyjątki są dopuszczalne, jeżeli w inny sposób jest zapewniony dopływ dostateczny powietrza i światła.

2) W każdéj takiéj ubikacyi winna powierzchnia oświetlająca potrzebnych okien według przepisów w ust. 1 wynosić $\frac{1}{12}$ powierzchni posadzki. Ułatwień pod tym względem można dopuścić dla pracowni i mieszkań poddasznych.

§. 8. 1) Posadzka we wszystkich mieszkaniach musi leżeć powyżéj najwyższego stanu wody gruntowéj, w obszarze wylewowym powyżéj najwyższego stanu wody.

2) Podłogi i ściany wszystkich ubikacyj, służących do dłuższego pobytu ludzi, należy zabezpieczyć od wilgoci dobywającéj się z gruntu.

3) Nie należy dopuszczać, aby piwnice, gdzie podłoga leży poniżéj powierzchni ziemi, służyły za mieszkania.

4) Ubikacyje służące do dłuższego pobytu ludzi, przedewszystkiem niektóre mieszkania można urządzać w piwnicach tylko pod tym warunkiem, gdy podłoga wypada najwięcéj 1 m. poniżéj, a okna przynajmniéj 1 m. powyżéj powierzchni ziemi Dopuścić można ułatwień, o ile ze względu na używanie tych ubikacyj jako pracowni rzemieślniczych potrzebne jest głębsze ich położenie.

IV. Używanie ubikacyj służących do dłuższego pobytu dla ludzi.

§ 9. 1) Wszystkie ubikacyje przeznaczone na dłuższy pobyt dla ludzi mogą być w tym celu użyte tylko po udzieleniu na to pozwolenia.

2) Pozwolenia tego należy odmówić głównie przy nowych budynkach i przebudowanych wtedy, gdy nie są dostatecznie osuszone.

§. 10. Nie można mieszkać w stancyjach, w których okna nie odpowiadają przepisom w § 7 zawartych.

2) Ubikacyje wynajęte i używane jako sypialnie muszą zawierać dla każdego dziecka poniżéj 10 lat przynajmniéj 5 sz. m., dla osób starszych przynajmniéj 10 sz. m. W izbach wynajętych, dla których według § 7, ustępu 2 dopuszcza się ułatwienia, musi w każdym razie, jeżeli mają służyć jako sypialnie, wypadać na każde dziecko poniżéj 10 roku życia przynajmniéj 10 kw. m, na każdą starszą osobę przynajmniéj 0·2 kw. m. powierzchni okna, dającéj światło. Dzieci do 1 roku nie wlicza się.

3) Te postanowienia wchodzą w życie dopiero po 5-ciu latach, można je atoli wykonać nawet przed upływem dwóch lat przy każdéj zmianie mieszkania.

4) Termina odpowiednie do opróżnienia, których dotrzymanie w danym razie należy zapewnić w drodze przymusowéj, muszą oznaczać odpowiednie władze.

§. 11. 1) Mieszkania szkodliwe dla zdrowia, bądź to z powodu uchybień przeciwko powyższym przepisom §§ 2—8, bądź też z powodu stanu budowlanego, należy uznać na podstawie właściwego dochodzenia za niezdatne na dłuższy w nich pobyt dla ludzi.

2) Jeżeli z tego powodu uzna się całe grupy domów albo obwody za niezdatne do zamieszkania, na ten czas gmina ma prawo zarządzić albo z własnego ramienia przedsięwziąć zupełne przebudowanie. W tym celu przysługuje jéj co do gruntu i budowli znajdujących się w obwodzie przeznaczonym do przebudowania prawo wywłaszczania. W tym względzie co do wywłaszczenia rozstrzygają ustawy krajowe.

Przepisy powyższe istnieją jako żądania najmniejsze i nie wykluczają dalszych rozporządzeń ze strony kraju, prowincyi i gmin.

Władze krajowe mają prawo wydawać przepisy wykonawcze.

Przepisy te mają wykonywać wszędzie władze policyjne, o ile nie istnieją w téj mierze inne postanowienia krajowéj władzy ustawodawczéj. (Dok. nast.)

Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj,

skreślił

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Nader powabnie wyglądają również narzędzia chirurgiczne, wystawione przez Collina, wykładane w sposób zbytkowny perłową macicą, co niesłychanie podnosi urok téj specyjalnéj wystawy.

Obok szaf zapełnionych rozlicznemi instrumentami przez domy Mathiego i Charrierea zwrócił uwagę moją stół operacyjny, wystawiony przez Mariauda (*Paris, Boulevard St. Michel 41*), zrobiony cały z blachy niklowanéj i sprężystéj zarazem.

Wspomnieć mi wypada również, choćby tylko pobieżnie i o innych wystawcach francuskich, aby unaocznić ruch i w téj gałęzi przemysłu, zastosowanego do szybkiego postępu nauk lekarskich. I tak: Maison Vitry frères, reprezentowany przez F. Schwoba (*Paris, Boulevard Sebastopol*), Au-

bry (*Boulevard St. Michel 6*), Maison A. Lüer, reprezentow. przez H. Wulfinga (*Rue Antoine-Dubois 6*), Favra (*Rue de l'Ecole de Médecine 1*), zapełnili całe szafy mnóstwem rozlicznych, a pięknie wyrobionych narzędzi chirurgicznych. Crétès (*Rue de Rennes 66*), urządził ładną wystawę wszelkich instrumentów i przyrządów, wchodzących w zakres oftalmologii, jako też oczu sztucznych, które również nader skrzętnych i zręcznych wystawców znalazły w osobach: A. E. Boisonneau-fils, (*Rue Vignon 28*), pp. Robillarda, Wagnera, Liskenera etc.

Ładne mikroskopy wystawił A. Nachet (*Rue St. Severin*), a w pobliżu tychże znalazła się wystawa bakteryjologiczna, urządzona przez prof. Cornila, z pozoru dość skromnie wyglądająca, jakby dla przypomnienia tylko, że za wzorem i pod opieką niestrudzonego, a genialnego Pasteura nauka ta rozwija się i wydaje piękne owoce, których jednak poszukaćby należało w nader praktycznie, a zarazem z gustem i sprytem francuskim wybudowanym nowym zakładzie tego mistrza, na który jak wiadomo, w latach ubiegłych kro ciowe popłynęły składki. Nawiasem tutaj przytaczam, że w pięknym tym instytucie codziennie o godzinie 11 z rana odbywa się szczepienie licznych pacyjentów, zgłaszających się z różnych stron całego świata, którzy pokąsani przez psów wściekłych, lub tylko podejrzanych o wściekliznę, pragną za pomocą znanéj metody Pasteurowskiéj uchronić się przed strasznemi i zabójczemi męczarniami wścieklizny. Wraz z kol. Bujwidem, którego uprzejmości zawdzięczam dokładne zapoznanie się tak z zakładem, jak i ze sympatyczną postacią osiwiałego Pasteura, oraz z kol. Sysakiem z Kołomyi naliczyliśmy w ciągu godziny kilkudziesięciu pacyjentów, poddających się wstrzykiwaniom w okolicę boczną powłok brzusznych, które odbywają się szybko i zręcznie przy znakomitéj asystencyi uczniów Pasteura.

Dentystyka znalazła głównego wystawcę w dyrekcyi szkoły dentystycznéj (*Ecole dentaire de Paris, Rue Rochechouart 57*), która w kilku szafach obok instrumentów, służących do wyrywania, czyszczenia i plombowania zębów, wystawiła cały szereg pięknych, sztucznych szczęk, zębów, obturatorów i t. d.

Narzędzia wchodzące w zakres weterynaryi zestawił w ponętną całość Graillot (*Boulevard St. Martin 4*).

Przeróżne krzesła i stoły operacyjne, wytworne lub więcéj proste, stałe i przenośne, nadto wózki i lektyki dla chorych, oraz łóżka z rozmaitemi wygódkami dla ciężko chorych, znalazły wystawcę głównie w osobie fabrykanta Dupونta (*Rue Hautefeuille 10*); natomiast F. Mayet (*Rue Montorgueil 67*) przedstawił nam cały zbiór przyrządów ortopedycznych i przeróżnych opasek, Wickham (*Rue de la Banque*) same tylko opaski przepuklinowe, a Dumez różne wzierniki kąpielowe i przyrządy do przestrzykiwań pochwy.

Nie chcąc już daléj nużyć szan. Czytelników wyliczaniem innych jeszcze wystawców, opuszczam dział francuski, poświęcony medycynie, a jak z przytoczonych dat się okazuje, wcale świetnie reprezentowany przez różne mniéj lub więcéj znane firmy paryskie i przechodzę do działu lekarskiego w salach, zaopatrzonych napisem „Szwajcaryja.“

Część ta wystawy znajduje się również w pawilonie, poświęconym sztukom wyzwolonym w najbliższem sąsiedztwie co dopiero opisanego działu francuskiego. Tu przedewszystkiem uwagę naszą zwraca ziomek nasz prof. L a s k o w s k i z Genewy, który przedstawił piękne preparaty anatom., zachowujące miękkość i elastyczność za pomocą własnéj metody konserwowania. Wielu lekarzom zapewne znane są jego okazy z dawniejszych wystaw krakowskich, na które przed laty Laskowski preparaty ponadsyłał. Tworzą one razem piękną całość, a nie wątpię, że Jury i tą razą wynagrodzi żmudną pracę naszego ziomka pierwszą nagrodą. (Stało się już. *Przyp. Red.*).

Büchl, optyk i mechanik w Bernie szwajcarskiem, wystawił fantom, który ma uzmysławiać przebieg włókien nerwowych w mózgu ludzkim i w rdzeniu pacierzowym. Fantom ten wykonany pod nadzorem i pod kierunkiem prof. Aebyego, kosztuje dość pokaźną sumkę 350 franków i może znaleźć pomieszczenie chyba w zasobnych muzeach anatom.

Prof. Reverdin z Genewy usiłował nawet stół operacyjny zrobić, o ile można, aseptycznym i pokrył go grubemi płytami szklanemi; natomiast prof. Julliard z tegoż samego miasta szwajcarskiego, przedstawił stół operacyjny zrobiony z blachy, z otworami w pośrodku, przez które z łatwością ściekać może krew lub ropa przy dokonywaniu rękoczynów chirurgicznych. Nie ośmielam się zbytecznie krytykować tych nowości, jednakowoż zdaje mi się, że w kierunku nowych pomysłów na polu aseptyki zbyt daleko posuwają się niektórzy autorowie i może więcéj powoduje nimi chęć stworzenia coś oryginalnego, aniżeli rzeczywista korzyść dla chorych lub praktyczność wynalazku. Rozumiem bardzo dobrze i oceniam wartość grubych płyt szklanych, jako aseptycznych podstawek na instrumenta operacyjne — nader podobają mi się wszelkie nasadki (kanki) szklane przy irrygatorach i posługuję się niemi w codziennéj méj praktyce prywatnéj i ambulatoryjnéj — lecz jak ten biedny chory ma rozciągać zbolałe członki na płytach szklanych, tego należycie pojąć nie zdołałem. Aseptyczność zaś stołu takiego ucierpieć musi, jeżeli się wsuwa podkładki na kształt poduszek, a w takim razie zbytecznemi są płyty szklane, natomiast zastąpić je potrafi dobry lakier, wypełniający wszelkie szczeliny drzewne, lub też cienka blacha, która należycie polakierowana również uchroni rusztowanie drewniane stołu operacyjnego od nasiąkania wydzielinami chorobowemi.

Prof. Eternod z Genewy nakoniec przedstawił zbiór preparatów mikroskopijnych, Dr. Egli-Sinclair przyrządy do sterylizacyi mleka, a Schoen z Bazyleji ładny zbiór sztucznych oczu.

W dziale rosyjskim wypada mi wspomnieć o wystawie Dra L. Forstettera z Białego Stoku, który wynalazł tak zw. „Mikrobiomètre“, t. j. przyrząd służący w sposób dość prosty do oznaczenia mikroorganizmów, zawartych w powietrzu. Jak mi tenże wystawca wspominał, miał się Pasteur nader pochlebnie wyrazić o praktyczności i prostocie tego przyrządu; czy jednak aparat ten potrafi dokładnie całą ilość mikrobów zawartych w danéj ilości powietrza oznaczyć, toby wyświecić mogły krytycznie dopiero liczne próby, podjęte z mikrobijometrem i skontrolowanie przez ścisłe obliczenia.

Obok tego przyrządu widziałem w szafce Dr. Forstettera różne drobniejsze, ulepszone narzędzia lekarskie, jak np. stetoskopy z płytką kauczukową, przylegającą szczelnie do ucha, przenośne stosy galwaniczne do prądu stałego itp.

Na tych spostrzeżeniach kończę dział wystawy lekarskiej, pomieszczonéj w pałacu dla sztuk wyzwolonych i proszę łaskawych czytelników, aby wraz ze mną — przynajmniéj w myśli — przenieśli się na esplanadę inwalidów, przebiegając przeszło 4-kilometrową przestrzeń w wygodnych wagonach kolei żelaznéj, okrążającéj wystawę do okoła.

(Dokończenie nastąpi.)

Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Bardzo poważną, jeżeli nie większą część książek tego oddziału stanowi obszerna i w rzadkie dzieła obfitująca biblijoteka, ofiarowana Uniwersytetowi przez magnacką rodzinę hr. Strogonowa (ród ten, jak wiadomo, poważną rolę odegrał w dziejach Syberyi). Widzimy tu książki najprzeróżniejszéj treści, przeważnie jednak filozoficzne, historyczne, polityczne, ekonomiczne i beletrystyczne, niekiedy bardzo ozdobne, rzadkie i cenne wydania staréj daty. Nowych książek brak prawie zupełny. Dominuje język francuski; są jednak i książki w innych językach, nie wyłączając polskiego, stosunkowo dość poważnie reprezentowanego. Wiele jest tu nawet istotnie rzadkich dzieł polskich Za to dział nauk ścisłych i przyrodniczych bardzo i bardzo słabo jest reprezentowany i to przez dzieła nie odnoszące się bynajmniéj do spółczesnego stanu wiedzy. To też położenie tutejszych profesorów - przyrodników, pragnących na miejscu wiedzę naprzód posuwać, bardzo jest z tego względu ciężkie i utrudnione. Dużo jeszcze wody upłynie, zanim środki Uniwersytetu pozwolą na nabycie dawnych seryj ważniejszych pism peryjodycznych fachowych. Wypisują się tymczasem tylko pisma bieżące i to tylko

niektóre. Ogólna liczba oddzielnych nazw książek całéj biblijoteki dochodzi do 30,000, a liczba oddzielnych książek — do 90,000.

Z przedsionka uniwersyteckiego szerokie i dogodne schody kamienne prowadzą na drugie piętro (licząc parter za piętro I.). Mieści się tu przedewszystkiem cerkiew i aula uniwersytecka. Co do cerkwi, to nie imponuje ona rozmiarami, mimo to jednak przedstawia się bardzo korzystnie. Na ołtarz i obrazy wydano około 8000 rs.; sprowadzono je z Petersburga. Urządzenie odpowiada ogólnemu typowi cerkwi prawosławnych. Aż do czasu zamianowania profesora teologii, co wkrótce ma nastąpić, obowiązki duchownego sprawuje ks. Misiurew, kapelan gimnazyjalny. Chór składa się po części z uczniów gimnazyjum,[1] a po części ze studentów uniwersytetu. Gimnazyjum filologiczne i realne korzystają też z cerkwi; również urzędnicy okręgu naukowego. Aula uniwersytecka tuż obok cerkwi, na lewo się mieszcząca i komunikująca z nią, przedstawia 8 sążni długości, 5 sążni szerokości i 4 sążnie wysokości, jest więc, jak już z tych wymiarów widać, w stosunku do całego gmachu uniwersyteckiego stanowczo za małą. Za to wewnętrzne urządzenie wiele smaku przedstawia z wyjątkiem jednéj tylko katedry, któréj forma niezupełnie udatna. Posadzka jest dębowa, z Kazania umyślnie sprowadzona, dęby bowiem na Syberyi z powodu ostrego klimatu nie rosną Umeblowanie (84 foteli, z tych 48 wyściełanych, 100 krzeseł i katedra) po części dębowe, po części bukowe i pochodzi z Kazania i Petersburga. W północno-wschodnim kącie sali u góry mieści się wizerunek apostołów słowiaństwa, św. Cyryla i Metodego, a na ścianach naturalnéj wielkości portrety cesarzów Aleksandra II. i Aleksandra III. w sutych, złoconych ramach, a także portrety szczodrych ofiarodawców na rzecz tomskiego uniwersytetu, a mianowicie Sibiriakowa i Cybulskiego. Do grona tych zasłużonych mężów, którym tak wiele tutejsza wszechnica zawdzięcza, dołączone wkrótce będą portrety Demidowa i Al. hr. Stroganowa, nastąpiło już bowiem na to najwyższe zezwolenie. Więcéj nad 200 osób z trudnością chyba tylko w auli się pomieścić może. Galeryi brak zupełny; istnieje tylko chór, lecz i ten więcéj nad 50—60 osób nie jest w stanie pomieścić. W auli dopełniono aktu urzędowego otwarcia Uniwersytetu: tu się też rok rocznie będzie święcić rocznicę tego dnia, przeniesiona na dzień 22 października (3 listopada) ze względu, że tego dnia przypada święto Matki Boskiéj kazańskiéj, a pod tym wezwaniem jest cerkiew uniwersytecka

Drugie piętro głównego gmachu, licząc od lewego skrzydła, zawiera w sobie bardzo bogate muzeum archeologii i etnografii, prawie wyłącznie, jak dotąd, syberyjskiéj, mieszczące się w 2 dość obszernych salach. Urządzeniem tego muzeum i doprowadzeniem go do porządku zajął się gorliwie pan Floryńskij. Jego też zasługę stanowi obszerny drukowany, w liczne uwagi zaopatrzony katalog mieszczących się tu zbiorów. Muzeum to zyskało już sobie uznanie tak poważnego badacza, jak prof. Aspelin z Helsingforsu, który odbywa tu nawet głębsze studyja naukowe na czele wydelegowanéj przez Helsingforski Uniwersytet delegacyi naukowéj, składającéj się, oprócz niego z Doc. Dra Heiklina i Mag. Snellmanna. Okazów w tem muzeum już po dziś dzień zawiera się około 3000. Do muzeum archeologii i etnografii przylega bezpośrednio gabinet histologiczny i embryjologiczny, składający się z obszernéj sali o 5-ciu oknach, przeznaczonéj na zajęcia mikroskopowe dla studentów, a nadto 3 pokoje na wyłączny użytek profesora. Daléj widzimy gabinet botaniczny, mieszczący się w 2 salach o 4 oknach każda i zaopatrzony w liczne zielniki, ofiarowane Uniwersytetowi. W 2 przyległych, niezbyt wielkich audytoryjach (po 4 okna każde) odbywają się wykłady botaniki, histologii i farmacyi z farmakognozyją. Po przeciwległéj, t. j. po prawéj stronie korytarza spotyka się drzwi, prowadzące do gabinetu prof. farmacyi i farmakognozyi, na co przeznaczono 2 pokoje średniéj wielkości. Reszta sal, każda przeważnie o 4 oknach, przedstawia audytoryja dla przyszłych katedr, które wkrótce otworzone zostaną. Osobne schody, opodal farmaceutycznéj pracowni leżące, prowadzą na 3 i ostatnie piętro, odpowiadające wyłącznie centralnéj części gmachu. Widzimy tu także niewielki korytarz, prowadzący do 5 niezbyt wysokich pokojów o 2 resp. trzech oknach każdy. 2 z tych pokojów zajęte są na gabinet profesora zoologii i mikroskopową jego pracownię, w któréj zarazem mieści się niewielkie akwaryjum. Reszta czeka dalszego przeznaczenia. Tu się też mieści chór, wychodzący na aulę i do cerkwi.

Co się tyczy obu 3 piętrowych skrzydeł, stanowiących ciąg dalszy głównego korpusu, to antresole ich są zajęte pod mieszkania dla służby Uniwersytetu i okręgu naukowego. Na parterze (I. piętrze) lewego skrzydła mieści się kancelaryja kuratora okręgu naukowego, mieszkanie biblijotekarza i mieszkanie profesora anatomii. Drugie piętro zajęte jest przez mieszkanie kuratora okręgu naukowego, a trzecie przez mieszkanie profesora fizyki, oraz kilka niewielkich mieszkań laborantów Uniwersytetu. Co się tyczy prawego skrzydła, to widzimy tu przedewszystkiem na parterze obecnie jeszcze niezajęte mieszkanie rektora, daléj kancelaryję inspektora studentów i gabinet profesora chemii. Na drugiem piętrze mieści się czasowo pensyjonat i kilka klas gimnazyjum, które dotąd nie ma jeszcze swojego własnego gmachu, tak żeby było samo w sobie i jest rozrzucone po mieście, a nadto czasowy szpital studencki, póki kliniki nie będą gotowe. Trzecie piętro zajęte jest przez mieszkania inspektora studentów, sekretarza zarządu Uniwersytetu i laborantów chemii i farmacyi.

W tyle, po za gmachem głównym mieści się duża piętrowa oficyna, przeznaczona na stajnie, wozownie, pralnię, łaźnię i mieszkania niższéj służby uniwersyteckiéj. Z boku, w prostopadłym kierunku do lewego skrzydła gównego gmachu, widzimy oddzielny, piętrowy gmach, przeznaczony na Instytuty anatomii opisowéj i patologicznéj, na salę dla chirurgii operacyjnéj i anatomii opisowéj i na gabinet medycyny sądowéj. Wszystkie te katedry posiadają tu jedno wspólne audytoryjum obszernych rozmiarów, urządzone na sposób amfiteatralny, w półkole i mogące pomieścić około 250 słuchaczów. Dotąd założony został jedynie tylko Instytut anatomii opisowéj, ponieważ inne wzmiankowane katedry jeszcze nie obsadzone. Składa się on z jednéj niewielkiéj sali sekcyjnéj o 5-ciu oknach, mogącéj pomieścić zaledwie 5 stołów anatomicznych, z osobnego, odpowiednio i dogodnie urządzonego pokoju do nastrzykiwań trupów i z pokoiku do przechowywania naczyń i suszenia preparatów. Na górnem piętrze najobszerniejsza sala o 5 ciu oknach zajętą jest przez powstające obecnie muzeum anatomii opisowéj, a 3 pozostałe pokoje przez gabinety profesora i prosektora. 7 pokojów dolnego i górnego piętra drugiéj połowy tegoż gmachu przedstawia bądź co bądź za szczupłe pomieszczenie dla pozostałych, dotąd nie otworzonych katedr, między któremi mieści się tak poważna i tak wiele miejsca potrzebująca, jak katedra anatomii patologicznéj. Kaplica i lodownia na trupy mieści się osobno, w jednéj linii z rzeczonym gmachem, który jak wszystkie prawie zabudowania Uniwersytetu — jest także murowany. W téj saméj linii wznosi się opodal budynek, zajęty przez zakład gazowy; zbiornik dla gazu mieści się też w oddzielnym, okrągłym budynku. W głębi parku uniwersyteckiego w kilku tu i owdzie rozrzuconych budynkach mieszczą się mieszkania urzędników i oficyjalistów Uniwersytetu, a także mieszkanie profesora histologii. Osobny duży gmach zajmuje także cieplarnia i oranżeryja, urządzona według wszelkich wymagań czasu i sztuki; osobne także pomieszczenia mają: główny rezerwoar wodociągowy i parowa wodociągowa maszyna. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

§. 10. Zwierzchności gmin, które mają własnych lekarzy i przewodniczący zgromadzeń delegatów okręgów winni nadzorować lekarzy gminnych co do dokładnego wypełniania przez nich obowiązków służbowych, a spostrzeżone zaniedbania obo-

wiązków podawać do wiadomości powiatowéj władzy politycznéj; z drugiéj strony są zwierzchności gmin i przełożeństwa obszarów dworskich obowiązane wykonywać poruczone im ustawami agendy służby sanitarnéj z uwzględnieniem opinii fachowéj lekarza gminnego.

Jeżeli zwierzchność gminy (przełożeństwo obszaru dworskiego) wyda zarządzenie odmienne od opinii lekarza gminnego, winna zawiadomić polityczną władzę powiatową z uzasadnieniem tego zarządzenia.

§. 11. Mianowanie lekarza gminnego następuje w drodze konkursu, który w gminach ustanawiających własnych lekarzy rozpisywać mają zwierzchności tych gmin.

Celem obsadzenia posad lekarzy gminnych okręgowych konkurs rozpisuje polityczna władza powiatowa.

Mianowanie lekarza gminnego w gminach, utrzymujących własnych lekarzy, służy tymże gminom. Mianowanie gminnych lekarzy okręgowych, których pobory służbowe pokrywane są przez gminy okręgu bez żadnego dodatku z funduszu krajowego, służy zgromadzeniu delegatów. W tych okręgach, które na pokrycie poborów służbowych lekarzy gminnych otrzymują dopłaty z funduszu krajowego, zgromadzenie delegatów przedkładać ma terno za pośrednictwem powiatowéj władzy politycznéj Wydziałowi krajowemu, który wydaje nominacyję w porozumieniu z krajową władzą polityczną. Podania kandydatów, wpływające wskutek ogłoszonego konkursu do powiatowéj władzy politycznéj, mają być wraz z opiniją lekarza powiatowego przesłane przewodniczącemu zgromadzenia delegatów.

Zwierzchności tych gmin, które dla siebie własnych lekarzy ustanawiają, wyjąwszy gminy z własnemi statutami, daléj przewodniczący tych okręgowych zgromadzeń delegatów, którym służy prawo mianowania, mają przed wydaniem dekretu nominacyjnego przesłać akta sprawy właściwéj politycznéj władzy powiatowéj, która winna wzbronić dokonania nominacyi, jeżeli ona nastąpiła z pominięciem niniejszéj ustawy. W gminach z własnemi statutami przysięgę od lekarza gminnego odbiera prezydent miasta. Inni według téj ustawy mianowani lekarze gminni mają w ręce kierownika powiatowéj władzy politycznéj złożyć przyrzeczenie w miejsce przysięgi.

§. 12. Jeżeli posada lekarza gminnego pozostaje przez dłuższy czas nieobsadzoną, bądź z braku kandydatów, bądź z innego powodu, polityczna władza powiatowa winna zbadać okoliczności powód stanowiące i o wyniku krajową władzę polityczną zawiadomić. Téjże władzy służy wówczas prawo wydać w porozumieniu z Wydziałem krajowym potrzebne zarządzenia, celem usunięcia przeszkód, względnie zamianować lekarza gminnego, oznaczyć jego pobory i dalsze warunki.

§. 13. W miastach z własnemi statutami (§. 2) służy prezydentowi miasta władza dyscyplinarna nad lekarzem gminnym według postanowień normy dyscyplinarnej, obowiązującéj urzędników miejskich.

Władza dyscyplinarna nad lekarzami innych gmin, jakoteż nad gminnymi lekarzami okręgowymi służy krajowéj władzy politycznéj. O usunięciu gminnego lekarza okręgowego z posady orzeka krajowa władza polityczna w porozumieniu z Wydziałem krajowym. Usunięcie lekarza może być orzeczone w razie ciężkich przekroczeń służbowych, albo też w razie udowodnionéj niezdolności lekarza do służby wskutek fizycznych lub umysłowych ułomności.

§. 14. Lekarzem gminnym ten tylko może być ustanowiony, kto jest uprawniony do wykonywania praktyki lekarskiéj w królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych, posiada obywatelstwo austryjackie i wykaże się fizyczną zdatnością oraz nieskazitelnością pod względem moralnym.

W gminach z własnemi statutami lekarzem miejskim ten tylko może być mianowany, kto nadto wykaże się państwowym egzaminem lekarskim, przepisanym w rozporządzeniu Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 marca 1873 dz. u. p. Nr. 37.

§. 15. Wysokość płacy (wynagrodzenie) lekarza gminnego oznaczona zostanie w gminach ustanawiających własnych lekarzy przez reprezentacyję gminy, w okręgach zaś na podstawie wniosku zgromadzenia delegatów przez Wydział krajowy w porozumieniu z krajową władzą polityczną, i nie może tak w powyżéj wspomnianych gminach jakoteż i w okręgach z obszarem do 200 kilometrów kw. wynosić mniéj niż 500 złr., w okręgach zaś o większym obszarze nie poniżéj 600 złr. rocznie.

Inne pobory, ewentualne emerytury i zaopatrzenia pozostawia się kontraktowemu porozumieniu.

Lekarzowi okręgowemu należy się prócz wynagrodzenia ryczałt na opędzenie kosztów podróży służbowych, bez osobnego wynagrodzenia przedsiębrać się mających, który to nie będzie niższym, aniżeli po 12 złr. od każdych 10 kilometrów kwadratowych, ogółem zaś kwoty 400 złr. przewyższać nie może.

Za czynności lekarskie w sprawowaniu urzędu nie należy się lekarzowi gminnemu od stron żadne osobne wynagrodzenie.

Za czynności lekarskie, które lekarz gminny wykonywa wskutek osobnego polecenia administracyi państwowéj, a nie w dopełnieniu obowiązków własnego lub poruczonego zakresu działania gmin, należą się normalne pobory ze skarbu państwa.

§. 16. Gminy są obowiązane z własnych funduszów ponosić koszta agend sanitarnych własnego i poruczonego zakresu działania. Służy im jednak prawo pobierania stósownie do postanowień ustawy gminnéj odpowiednich opłat za sprawowanie pewnych czynności sanitarnych.

Pobory gminnych lekarzy w gminach, które ustanowią dla siebie własnych lekarzy, wypłacane będą z kasy gminnéj.

§. 17. Udziały, które gminy i obszary dworskie, wcielone do jednego okręgu, obowiązane są uiszczać na pokrycie poborów lekarzy gminnych, nie mogą przenosić 2% w odnośnych gminach i obszarach dworskich przepisanych bezpośrednich podatków.

Jeżeli te udziały nie wystarczają na zupełne pokrycie poborów służbowych lekarzy gminnych, niedobór ma być pokryty z funduszu krajowego.

Gminni lekarze okręgowi pobierają swe pobory służbowe z c. k. urzędu podatkowego.

Bliższe przepisy odnoszące się do obliczania i zarządu powyższych udziałów pozostawia się osobnemu rozporządzeniu, które wyda polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

§. 18. Każda gmina wraz z obszarem dworskim jest obowiązaną albo sama dla siebie albo wspólnie z innemi gminami i obszarami dworskiemi postarać się o bezpłatną pomoc przy porodach ubogich kobiet przez ustanowienie akuszerek gminnych.

§. 19. W miejscu siedziby lekarza gminnego należy celem wykonania obowiązków, ciążących na gminach według §. 27 ustawy gminnéj i §§. 24, 28 i 29 ustawy o przynależności, postarać się o lokal, w którym mają być pomieszczeni ci chorzy pozbawieni pomocy, którzy z jakiegobądź powodu nie mają innego pomieszczenia ani opieki, lub też nie mogą być oddani do szpitala.

Lokal taki ma być odpowiednio urządzony oraz zaopatrzony w przyrządy ratunkowe, potrzebne w nagłych niebezpieczeństwach życia i w nosze dla chorych.

Gminy i obszary dworskie mają także postarać się o to, aby położnice bez przytułku, które nie mogą być oddane do publicznego zakładu położnic, jakoteż chorzy, których przenosić nie można, a którzy bez opieki pozostają, lub potrzebują koniecznie odosobnienia, znaleźli odpowiednie swemu stanowi pomieszczenie i opiekę.

Koszta potrzebne na te ostatnie potrzeby sanitarne mają właściwe gminy i obszary dworskie pokryć z własnych funduszów a to udziałami wymierzyć się mającemi w miarę przepisanych bezpośrednich podatków.

§. 20. Ustawa niniejsza nie narusza istniejących zobowiązań publicznych funduszów do przyczynienia się na cele zdrowotne.

§. 21. W gminach liczących 6000 lub więcéj mieszkańców ma być ustanowiona komisyja zdrowotna.

Innym gminom utrzymującym samoistnie lekarza wolno ustanowić komisyję zdrowotną.

§. 22. Komisyja zdrowotna jest organem doradczym i wydającym opinię dla spraw sanitarnych, należących do obowiązków gmin, a w szczególności jéj zdania zasięgać należy co do wszystkich przedmiotów, które odnoszą się do spraw zdrowia w ogólności lub, jakkolwiek są specyjalnéj natury mają szczególną doniosłość sanitarną.

Zakres działania komisyi zdrowotnéj określi osobna instrukcyja, którą wyda polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

§. 23. Urząd członka komisyi zdrowotnéj jest honorowym i ma być bezpłatnie wykonywany.

§. 24. W razie uchylenia wniosków komisyi zdrowotnéj przez właściwą reprezentacyję gminną, winna komisyja ta swoją uchwałę podać do wiadomości przełożonéj władzy politycznéj do dalszego odpowiedniego zarządzenia.

§. 25. Władze polityczne mają na mocy prawa zwierzchniczego nadzoru, służącego administracyi państwa nad wszystkiemi sprawami sanitarnemi, czuwać nad tem, żeby gminy ściśle wykonywały odnośne obowiązki ustawą na nie włożone.

W razie zaniedbywania tych obowiązków mają władze polityczne wydać według prawnych przepisów potrzebne zarządzenia zaradcze.

§. 26. Wykonanie niniejszéj ustawy poruczam mojemu Ministrowi spraw wewnętrznych. (Dok. nast.).

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Na oddziale ocznym w r. 1888 leczono 201 chorych; wyszło 189. Najwyższy stan chorych był w miesiącu czerwcu, najniższy w lutym. Z chorób leczonych najważniejsze były: jaglica, wrzody rogówki i nacieki téjże. Z chorób zakaźnych, dotkniętych jaglicą było 48, na zapalenie rzeżączkowe powiek 7 i na zapalenie krupowe powiek 1. Średni pobyt chorego wynosił 24 dni.

W szpitalu ś. Łazarza były 2 przypadki gwałtownéj śmierci a mianowicie: 1) Chory Mikołaj Gaudyn wyskoczył w stanie gorączkowym oknem z drugiego piętra z oddziału chirurgicznego; 2) obłąkana Bronisława Kołodziejczyk w czasie prowadzenia jéj z ogrodu spacerowego na oddział, spadła ze schodów prowadzących do suteren. Przyczyną tych dwóch wypadków był brak należytego dozoru, który spowodował zmianę przełożonéj Sióstr Miłosierdzia. Dochodzenie karno-sądowe w obu wypadkach zostało przeprowadzone.

Wydatki na utrzymanie szpitala św. Łazarza wynosiły w r. 1888 163.198 złr., a mianowicie: oddziały chorych 86.265 złr., oddział położnic 17.149 złr., oddział syfilityczny 34.610 złr. i obłąkanych 25.174 złr. W porównaniu z wydatkami w r. 1887, wynoszącemi 160 955 złr. okazuje się, że wydatki w roku 1888 są większe o kwotę 2.243 złr. W porównaniu zaś z sumą preliminowaną na rok 1888 rzeczywisty wydatek jest większy o 9.772 złr.

Dochody szpitala bez dotacyi wynosiły kwotę 185.063 a mianowicie na oddziale chorych 110.682, położnic 13.021, syfilitycznych 36.491 i obłąkanych 24.869 — a zatem dochody były większe od preliminowanych (174.168) o 10.895 złr. Ogólna suma dochodów w roku 1888 wraz z dotacyją wynosiła 189.496 złr., z tego fundusz krajowy udzielił 140.732, obce fundusze 16.365 a źródła własne 32.399 złr.

Na żądanie c. k. Namiestnictwa z dnia 9 czerwca b. r. L. 36.821 wydaliśmy deklaracyję względem bezpłatnego odstąpienia gruntu z realności szpitalnéj ś-go Łazarza w Krakowie pod budowę gmachu dla zakładu anatomiczno-patologicznego. Powierzchnia gruntu odstąpionego wynosi 7661 metr. kw. czyli 2130 sążni kw., i w deklaracyi téj wymieniono, że akt ten zobowiązywć będzie Wydział krajowy, a względnie fundusz szpitala św. Łazarza, tylko w tym razie, jeżeli na odstąpionym gruncie jeszcze przed upływem dziesięciu lat, licząc od dnia zawarcia umowy, rozpocznie się budowa zakładu dla anatomii patologicznéj, a grunt pomieniony tylko dla budowy téj może być użyty. Oddanie gruntu w fizyczne posiadanie wysokiemu c. k. Rządowi nastąpi dopiero przed samem rozpoczęciem budowy zakładu. Oprócz tego zatwierdzono jeszcze następne warunki, postawione przez komisyję z reprezentantów funduszu szpitala św. Łazarza i Wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego, a mianowicie: 1) Szpital zastrzega sobie prawo wolnego wjazdu i wyjazdu przez bramę od ulicy Grzegórzki do zakładu anatomo-patologicznego prowadzącą. 2) Zakład ma być naokoło otoczony murem, kosztem c. k. Rządu utrzymywanym w należytym porządku. W celu przeprowadzenia tego muru granicznego od północy w linii prostéj ma być kosztem c. k. Rządu wyprostowany rów, przebiegający w pobliżu granicy obu realności. 3) W razie gdyby c. k. Rząd chciał mieć służebnictwo wolnego przejścia dla profesorów i studentów przez drogę prowadzącą przez grunta szpitala ku narożnikowi starego gmachu, wówczas zawartą być ma osobna umowa do urządzenia i utrzymania takiéj drogi. 4) Szpital zastrzega sobie służebnictwo do przeprowadzenia przez grunt zakładu kanału odwadniającego grunta szpitalne, o ile kanał nie przechodziłby pod budynek zakładu. 5) Zakładowi anatomo-patologicznemu przysługiwać będzie prawo służebnictwa wpuszczenia kanału do kanału odwadniającego grunta szpitalne, gdyby wówczas kanał taki szpital już posiadał. 6) Szpital zastrzega sobie, aby zakład anatomopatologiczny wód meteorycznych nie wpuszczał na grunta szpitalne. 7) Wszystkie bez wyjątku zwłoki ze szpitala św. Łazarza i św. Ludwika oddawane i przyjmowane być muszą do zakładu anatomo-patologicznego, z którego trupiarni wychodzić będą wszystkie pogrzeby szpitalne przez Grzegórki.

Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. W roku 1888 ruch chorych w zakładzie Kulparkowskim był następujący: Pozostało z r. 1887 492; przybyło w r. 1888 553; razem 1045; zakład opuściło: Wyleczonych 183; niewyleczonych 124; za rewersem na żądanie rodziny 82; przewiezionych do innych zakładów 4; zmarłych 145; razem 538; z końcem 1888 roku pozostało 507. Zakład posiada 500 łóżek dla chorych, 12 przeznaczonych dla obserwacyi i 85 dla służby oddziałowéj. W ubiegłym roku leczono o 16 chorych mniéj, aniżeli w roku poprzednim. Na 1045 chorych w ogóle, pielęgnowano 564 mężczyzn i 481 kobiet w ciągu 188.190 dni; w téj ilości na pierwszéj klasie było 1581 dni leczenia, na drugiéj 16.036, na trzeciéj zaś 170.573. Chory pozostawał przeciętnie przez 180 dni w zakładzie; średni stan chorych był 514, najwyższy 8 lipca — 550; najniższy dnia 23 kwietnia — 485. Według form chorobowych jak i w latach ubiegłych dotknięci szałem gwałtownym stanowili najwyższy procent wszystkich leczonych, a mianowicie 29.6%, z zadumą 14.0%, z pomięszaniem umysłu 20.0%, z ogłupieniem 14.3%, z porażeniem 13.3%, z padaczką 8.5%. Zakład opuściło 183 osób wyleczonych, a zatem 17.5% względnie do leczonych, a 34.0% względnie do ubyłych. Procent śmiertelności względnie do leczonych wynosił 13.8%, względnie do ubyłych 26.9%. W liczbie zmarłych, tak samo jak w latach poprzednich, najwyższy procent względnie do leczonych zajmowali umysłowo chorzy z porażeniami. Najbliższe przyczyny choroby umysłowéj były: wybryki płciowe (117), nadużycie napojów wyskokowych (138), dziedziczność (78), przewlekłe choroby mózgu (72), padaczka (89) wzruszenia umysłowe (65) itd. Według zatrudnienia największa ilość była służących i wyrobników (314), następnie rzemieślników (133), urzędników i oficyjalistów (129), kupców (104) włościan (97) bez zatrudnienia 94 itd. Do Galicyi należało 1004 chorych, obcokrajowców leczono 41. Największą liczbę obłąkanych dostarczył Lwów miasto i powiat (168), następnie Stanisławów (33), Drohobycz (30), Przemyśl (29), Tarnów (28) itd. Czas pielęgnowania ubyłych chorych: do jednego miesiąca — 89, od 1—3 miesięcy 157, od 3—6 m. 107, od 6—9 m. 62, od 9—12 m. 37; od 1 roku do 2 lat — 38, od 2—3 lat 15; od 3—5 lat 15; wyżéj 5 lat 18. Najbliższą przyczyną śmierci było: suchoty płucne (37), zapalenie płuc (22, udar mózgowy (17), zapalenie otrzewny (10), obrzęk płuc (12), dur brzuszny 6 itd. Do zakładu przyjmowano wszystkich chorych, którzy się zgłaszali. Jak w latach poprzednich chorych używano w Kulparkowie do różnych robót w zakładzie i w polu, a mianowicie: Mężczyzni pracowali: w kancelaryi zarządu dni 120; w warsztacie szewców 481; w warsztacie krawców 1418; w warsztacie stolarskim 263; przy maglowaniu bielizny 2451; przy robotach w polu 2374; przy robotach w krowiarni 1101; przy robotach w ogrodzie 720; kobiety pracowały przy kuchni 2495; przy praniu bielizny 1042; uszyły i naprawiły bielizny sztuk 9917. Za powyższe roboty chorzy otrzymali w myśl statutu (§. 22) 603 złr. 33 ct., która to kwota na rzecz ich w książeczkach kasy oszczędności została umieszczoną i chorym przy opuszczaniu zakładu do rąk wypłaconą będzie.

W jaki sposób odbywają się wizyty lekarskie, jaki jest system leczenia w zakładzie kulparkowskim, jakie są zajęcia i zabawy chorych latem i zimową porą nie wspominamy, gdyż obszerne sprawozdanie o tem złożyliśmy Wysokiemu Sejmowi

już w roku ubiegłym. W personalu zakładowym zaszły następujące zmiany: Dr. Dobiński, prymaryjusz oddziału męskiego został spensyjonowany, a sekundaryjusz Dr. Laskiewicz-Friedensfeld uwolniony od obowiązków; prowizoryczny prymaryjusz Dr. Kulczyński podał się do dymisyi; Dr. Hankiewicz, sekundaryjusz zakładu z powodu ciężkiéj choroby wyszedł na pensyję; Dra Maliszewskiego mianowaliśmy sekundaryjuszem i kierownikiem oddziału obłąkanych mężczyzn; Drów zaś Kolbergera i Wisłockiego sekundaryjuszami. Pielęgnowanie chorych na oddziale obłąkanych mężczyzn powierzono siostrom Miłosierdzia; z tego powodu dawny dozorca Krogulski został mianowany pisarzem, za to oddalono drugiego dyjurnistę.

Jako dowód jak jest trudnem uzyskanie odpowiedniéj posługi dla chorych umysłowych służyć może ta okoliczność, iż w r. 1888 wydalono ze służby 34 posługaczy, a 9 posługaczek, jako nieudolnych; opuściło służbę na własne żądanie 40 mężczyzn i 16 kobiet; do sądu odstawiono 4 mężczyzn, ukarano zaś za mniejsze przekroczenia grzywną wynoszącą razem 37 zlr. 55 ct. 27 mężczyzn i 15 kobiet. (C. d. n.)

L. 58,114. **Okólnik**

c. k. Namiestnictwa do wszystkich PP. c. k. Starostów.

W uzupełnieniu 9-go ustępu rozp. c. k. Nam. z dnia 13 czerwca 1889 r. l. 38,337 c. k. Namiestnictwo po zasiągnięciu opinii c. k. kraj. Rady zdrowia, poleca się Panu Staroście, aby celem zapobieżenia powstawaniu endemij świerzbu u ludzi w kraju pouczano lud przy każdéj sposobności, że świerzb przenosi się bezpośrednio przez stykanie się z chorymi, pośrednio zaś przez użycie zakażonéj bielizny i pościeli, tkwiącą zaś w tych ostatnich przyczynę choroby zniszczyć można przez wygotowanie rzeczy w ługu.

Lekarze powiatowi winni pouczyć chorych względnie przełożonych gmin, że po dokładnem obmyciu zwykłem mydłem i ciepłą wodą całego ciała, a szczególnie miejsc krostami dotkniętych i po następnem dokładnem osuszeniu go, należy silnie nacierać skórę stósowną maścią ze szczególnem uwzględnieniem miejsc zajętych krostami i że po dwukrotnem (dzień po dniu) natarciu maścią, należy wziąć ciepłą kąpiel, a po kąpieli wdziać czystą bieliznę, jak niemniej pościel używaną podczas choroby oblec czystą i nieużywaną blielizną.

W celu najłatwiejszego i najrychlejszego usunięcia świerzbu zaleca się stósowanie złożonéj maści naftolowéj (*ung. naphtoli comp.*) według przepisu Kaposiego:

Rp.	*Adipis suilli*	*100 0*
	Saponis viridis	*50·0*
	Naphtoli	*15·0*
	Cretae albae plv.	*10·0*
	M. f. ung.	

Ścisłe dopełnienie powyższych poleceń przyczyni się niezawodnie do powstrzymania endemij świerzbu u ludzi — nie należy tylko zaniedbać żadnéj sposobności pouczenia ludu na podstawie powyższych wskazówek, bacząc zarazem pilnie, aby przełożeni gmin o ile możności jak najrychléj dostawiali lekarzowi powiatowemu do zbadania ludzi, podejrzanych o świerzb.

Lwów, dnia 30-go września 1889. *Badeni.*

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 22 b. m. pod przewodnictwem wice-prezydenta Friedleina posiedzenie, na którem po załatwieniu drobnych czynności bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do śmiertelności w ostatnich pięciu miesiącach r. b. I tak umarło w Krakowie w maju 208, w czerwcu 214, w lipcu 199, w sierpniu 166, we wrzesniu 174 osób, co w stosunku do roku i tysiąca mieszkańców wynosi dla wymienionych miesięcy po kolei z obcymi 33·1, 34·1, 31·7, 26·4, 27·7, bez obcych 23·7, 25·5, 22·9, 21·7 i 21·8. Śmiertelność z chorób zakaźnych wynosiła w téj saméj kolei 9·1, 3·7, 18·5, 10·8 i 15·5%. ogółu zmarłych. Przez cały ten czas występowały choroby zakaźne w bardzo małéj liczbie i tylko sporadycznie. Kosztem miasta zaszczepiono 1306 dzieci krowianką płynną od weterynarza Kubickiego, która prawie zawsze się przyjmowała, krowianka kosztowała dla jednej osoby koło 8 centów. Fizyk miejski Dr. Buszek zaszczepił 37, Dr. Tuszyński w I. obwodzie 153, Dr. Wilkosz w II. obwodzie 416, Dr. Koy w III. obwodzie 700 dzieci. P. Czesławowi Czyńskiemu zakazano używania tytułu doktora medycyny i zajmowania się praktyką lekarską. Piekarnie ciastek i fabryki cukierków rewidowano, przyczem u Salomona Langiera znaleziono chroman ołowiu jako barwik w cukierkach. Sprawę tę oddano 28 sierp. b. r. sądowi karnemu. Wodę wiślaną badano chemicznie przy niskim jéj stanie w lecie. Znaleziono w litrze 0·236 grm. części stałych, twardość całkowitą 19°, trwałą 11°, czasową 8°, ciał organicznych w litrze 0·057 grm. R. m. Dr. Domański wniósł, by zastanowić się nad sposobami zapobiegania, ile możności, pojawianiu się gorączki połogowéj w Krakowie i w tym celu wyznaczyć odpowiednią podkomisyję. Wniosek ten przyjęto, a do podkomisyi zaproszono radców miejskich Dr. Jordana, Dr. Kohna, Dr. Wiszniewskiego, tudzież fizyka miejskiego Dr. Buszka i lekarza obwodowego Dra Wilkosza. Na wniosek tego radcy postanowiono ostrzedz publiczność przed niebezpieczeństwami hypnotyzowania przez osoby do tego nie powołane. Weterynarz miejski Dr. Walentowicz uwiadomił, iż wszystkie psy wściekłe wyłapano i zabito i że wścieklizna między psami w Krakowie więcéj się nie pojawiła tak, iż wkrótce nadejdzie w myśl ustawy czas, w którym będzie można uwolnić psy od kagańców. Zarazę pyska i racic ograniczono do dwóch pierwotnych ognisk wybuchu tak, iż wszystkie stajnie są obecnie wolne od téj choroby. Następnie odczytał Dr. Walentowicz obszerne zdanie sprawy z podkomisyi odbytéj wspólnie z Drem Zarewiczem w mleczarni p. Eweliny Dobrzyńskiéj, z którego pokazuje się, iż mleko w téj mleczarni pochodzi z najlepszych obór w okolicach Krakowa, a przywożone do miasta w czystych, grubo cynowanych blaszankach Fleischmanowskich przechowywane jest w schludnych naczyniach systemu Schwarza w lokalu czystym i dobrze przewietrzanym. Prócz tego znajduje się w wymienionéj mleczarni pierwszy i jedyny dotąd w Krakowie przyrząd Soxhleta do sterylizacyi oraz przybory do badania mleka. Komisyja sanitarna przyjęła to zdanie sprawy z uznaniem do wiadomości, postanowiła polecić publiczności mleko sterylizowane z mleczarni P. Dobrzyńskiéj i uchwaliła wniosek Dra Walentowicza co do wyznaczenia osobnéj stałéj podkomisyi do czuwania nad sprzedażą mleka w Krakowie, zapraszając do niéj Dra Buszka, Dra Walentowicza i chemika miejskiego, jakiego wkrótce Rada miejska zamianuje. R. m. Dr. Domański wniósł z uwagi, że suchoty płucne są najpospolitszą i najgroźniejszą chorobą zakaźną, by komisyja sanitarna opracowała i podała do wiadomości ogółu popularne skazówki, dążące do ochrony ludności od téj choroby. Wniosek ten przyjęto, a autora wniosku zaproszono do przedłożenia odpowiedniego projektu. Uchwalono również wniosek tegoż radcy miejskiego, dążący do założenia w Krakowie na wzór miast zagranicznych taniéj łaźni dla ubogiéj ludności i wyznaczono do wypracowania odpowiedniego projektu podkomisyję z wnioskodawcy, Dra Grabowskiego, Dra Buszka i inżyniera sanitarnego Świerzyńskiego, który podczas swéj podróży na wystawę paryską będzie mógł rozpatrzeć się w tem urządzeniu po innych miastach. Nakoniec poruszyli Dr. Kwaśnicki sprawę niewłaściwego umieszczenia łazienek na Wiśle w pobliżu ujścia Rudawy i kanałów, a r. m. Dr. Paszkowski za długie wstrzymanie przepływu wód Rudawy przez miasto, co przewodniczący wytłómaczył budową nowego mostu stałego w ulicy Łobzowskiéj.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 24 października. W sobotę dnia 19 b. m. odbyło się poświęcenie nowego gmachu Domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego przy ul. Łobzowskiéj. Poświęcenia dokonał książe Biskup krakowski w obecności prezydenta miasta, wielu profesorów Wydziału lekarskiego, lekarzy szpitalnych i prywatnych. Zakład obecny, w miejscu dawniejszego, małego i dość prymitywnego, powstały kosztem 50,000 złr., przeznaczony dla chorych, którzy w domu leczyć się nie mogą a w szpitalu nie chcą, z wyjątkiem cierpiących na choroby zaraźliwe i umysłowe, przedstawia się okazale i stanowi ozdobę miasta naszego. Zdala od gwaru miejskiego znajduje on się na przedmieściu, jednem z najzdrowszych, zajmuje przeszło 500 sążni kwadr., z których tylko 110 sążni zajętych jest pod budynek, resztę zaś zajmuje ogród i dziedziniec. Budynek ten składa się z suteren, wysokiego parteru i piętra; w suterenach umieszczono mieszkanie

portyjera, aptekę domową, łazienki, pralnię, kaloryfer i składy. Na parterze znajduje się kancelaryja i pomieszkanie lekarza, dwa pokoje dla chorych i pokój dla posługaczki. Schody prowadzące na I. piętro obszerne i widne, w zimie opalane, tak jak i korytarz biegnący wzdłuż całego budynku (30 metr. długi i 2 metry wysoki), służący w razie niepogody do przechadzki dla chorych, a prowadzący na obszerną werandę. Z korytarza w prawo i w lewo prowadzą drzwi do poszczególnych pokoi. Ku południu jest naprzód pokój, przeznaczony na wspólne zebranie rekonwalescentów, a następnie 4 pokoje, z których 3 połączone ze sobą podwójnemi drzwiami; po stronie zaś północnéj 3 pokoje dla chorych, sala operacyjna, pokój posługaczek i wychodki. W urządzeniu zakładu przestrzegano wszystkich wymogów higijeny; pokoje są przestronne (najmniejszy na 62·75 metrów sześć. powietrza), można więc w każdym pomieścić i osoby zdrowe. Ogrzewanie pokoi odbywa się za pomocą ulepszonych pieców wentylacyjnych kaflowych systemu Hildelbrandta. Wychodki opatrzone w waterclosety, dobrze wentylowane, i okna z wiatrakami. Sala operacyjna wygodna o ścianach polerowanych i pokostowanych; w jednéj z nich wmurowane proste sztaby żelazne trzymają płytę marmurową z miednicą, w innéj znajduje się framuga z półkami szklanemi na instrumenta; w sali téj mieści się stół operacyjny, stół żelazny na instrumenta i kilka miednic na trójnogach żelaznych; podłoga z cementu i terazzo ze spadkiem w jeden kąt sali. Plany zakładu zyskały nagrodę na zeszłorocznéj wystawie higienicznéj we Lwowie. Przyprowadzenie do skutku tak pięknie urządzonego zakładu winszujemy kol. Gwiazdomorskiemu, który zasłużył się miastu naszemu, przysparzając mu jednę z najpożyteczniejszych ozdób.

* Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1893, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 kwietnia 1888 roku do 31 grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1889, 1890, 1891, 1892 i w ciągu stycznia roku 1893, na ręce sekretarza stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały *Dr. Szokalski.*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Fraentzel otrzymał charakter tajnego radzcy lekarskiego. — **Praga czeska.** Docent prywatny w Wydziale lek. niemieckim Dr. Jakób Singer mianowany nadzw. profesorem patologii i terapii szczegółowéj. — **Heidelberg.** Docent chirurgii Bessel-Hagen mianowany został profesorem nadzw. — **Monachijum.** Dr. Haug habilitował się jako docent chirurgii. — **Genewa.** Dr. Vincent mianowany prof. higijeny. — **Genua.** Dr. Morselli mianowany nadzw. profesorem psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz sztabowy 2-giéj kl. Dr. Wilhelm Tonner w Lublanie mianowany szefem szpitalu garniz. w Przemyślu. Lekarze pułkowi 2 giéj kl. przeniesieni zostali: Dr. Felicyjan Perski do tyrolskiego pułku strzelców Nr. 80; Dr. Antoni Kozorowski do pułku 28 piechoty; Dr. Jerzy Koczyński do pułku 18; Dr. Aleksander Steuermark do pułku 58; lekarze starsi Dr. Izydor Szuchiewicz do bośniacko hercogowińskiego batalionu 6 piechoty, Dr. Konrad Majewski do 7 pułku ułanów, Dr. Władysław Grabowicz do 8 batalionu bośniacko-hercogowińskiego, Dr. Jędrzéj Buraczyński do 5 batalionu bośniacko-hercogowińskiego, Dr. Józef Bohosiewicz do 14 pułku huzarów, Dr. Władysław Hubicki lekarz pułkowy 2-giéj kl. przeszedł do rezerwy i przeniesiony został do szpitala garnizonowego w Przemyślu, wreszcie lekarz pułkowy 2-giéj kl. Dr. Aleksander Żukowski wystąpił z armii.

* **Zmarli.** Dr. Mikołaj Kozłów b. jeneralny lekarz sztab. wojsk rosyjskich w 75 roku życia w Petersburgu. — Dr. Aleksander Walther, inspektor jeneralny szpitali cywilnych w Warszawie w 71 roku życia.

Piśmiennictwo lekarskie. Jedenaste sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu skreślił Dr. B. Wicherkiewicz.

Rok rocznie z konsekwencyją i właściwą sobie wytrwałością staje autor przed publicznością i światem lekarskim z obrachunkiem z całorocznéj pracy i rozwoju swéj kliniki ocznéj. Sprawozdanie obecne za r. 1888, jakkolwiek w tym roku wyjątkowo ograniczone do samych tablic, suchemi swemi liczbami świadczy wymownie o ciągłym rozwoju téj instytucyi i ruchu, jaki w niéj panuje. Poliklinicznie leczono 3931, w klinice stałéj znalazło pomieszczenie 660 osób. Łóżek do rozporządzania było wraz z kliniką prywatną 76. Z licznych i starannie zestawionych tablic szczególniejszą uwagę zwraca na siebie ostatnia, mieszcząca w sobie wyniki operacyi zaćmy pod względem siły wzroku w przypadkach operowanych własną metodą przez wypłukanie i bez takowego. Nie uprzedzając autora w wysnuciu ostatecznych wniosków co do względnéj wartości obu tych metod, wyszczególniam datę, że w ogóle na 86 ócz notowano 21 razy V=1, przy jednéj stracie, w 4 przypadkach z wątpliwym wynikiem i raz z $V=\frac{1}{\infty}$ Szczerze życzymy, aby już w najbliższem sprawozdaniu bilans materyjalny wyrównał bilansowi wyników lekarskich. *Dr. Sroczyński.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 42: Sawickiego: O ranach przepony; Matlakowskiego: Przyczynek do ciąży zamacicznéj (c. d.); Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerw. (c. d.). — W *Medycynie* Er. 42: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego (c. d.); Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (c. d.). — W *Wiadom. Lek* Nr. 15: Pawlikowskiego: Choroby zakaźne we Lwowie (dok.); Sée'a: Terapija chorób serca (c. d.); — W *Pamiętniku Tow. Lek. Warsz* Nr. 3: Janowskiego: O przyczynach ostrego zap. ropnego; Sergiejewski: Materyjały do badań nad działaniem adonidyny na ustrój człowieka i zwierząt (c. d.); Bielińskiego: Stan nauk lek. za czasów Akademii med chir. wileńskiéj (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. PAWIŃSKI: Strophantus, jego wpływ na serce. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889), in 8 vo str. 66. — ADAMKIEWICZA: Pachymening. hypertr. i zawał chroniczny rdzenia pac. (Odbitka z *Nowin Lek.*) Poznań 1889, in 8-vo, str. 16. — Dr. Mik. RAJCHMANA: Nauka o chorobach narządu trawienia. Semijotyka. Wydawnictwo *Gazety Lek.* Warszawa 1890, in 8-vo str. 115 z ryc. — DROBNIKA: O charłactwie śluzowo-opuchlin. (z klin. prof. Mikulicza w Królewcu), in 8-vo str. 51.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 2 Listopada 1889. Nr. 44.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże.

Wykład streszczony na pierwszym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie,

przez

Dra Józefa Bogdanika
prymaryjusza szpitala pow. w Biały.

Wypadnięcie odbytnicy jużto na większéj, jużto na mniejszéj przestrzeni jest bardzo często zdarzającą się chorobą, szczególniej u dzieci i ustępuje w przeważnéj ilości przypadków leczeniu przez zniesienie nieżytu kiszki, w cięższych zaś przypadkach trzeba miejscowo stosować leki ściągające lub żrące obok odpowiednich opasek, które wypadaniu odbytnicy zapobiegają. Niektóre przypadki jednak opierają się wszelkiemu leczeniu bezkrwawemu tak, że po daremnem stosowaniu miąższowych wstrzykiwań uciec się musiano do większych rękoczynów, stosowanych ze skutkiem jużto pomyślniejszym, jużto mniéj pomyślnym. Sabatier wycinał fałd wypadnięty błony śluzowéj i zszywał brzegi rany. Wskutek krwotoków trudnych do utamowania zmieniono sposób ten o tyle, że przez dno utworzyć się mającéj rany najpierw przeprowadzano nitki, które po odcięciu błony śluzowéj wiązano, albo też tylko podwiązywano części błony śluzowéj. Niezadowolony z tego postępowania Dupuytren wykonywał pomysł Heya, polegający na zwężeniu ujścia stolcowego. Promienisto wycinano kliny ze skóry na około stolca w kilku miejscach. Dieffenbach poszedł jeszcze daléj. Oto wycinał głębokie kliny z dolnéj części poprzednio odprowadzonéj odbytnicy i samego ujścia stolcowego, a następnie spajał głębokiemi szwami brzegi utworzonéj rany. Lange prowadzi cięcie od tylnéj ściany odbytnicy do dolnego końca kości ogonowéj, następnie usuwa kość ogonową, a odsłoniwszy tylną powierzchnię odbytnicy, zakłada na niéj szwy, które nie przechodzą przez błonę śluzową i sięgają ile możności jak najwyżéj, przez co na stosunkowo dość dużéj przestrzeni zwęża się światło kiszki. Na ostatek zeszywa przecięte mięśnie i skórę. Straszne te rękoczyny, n. p. Dieffenbachowski, o którym sam autor powiada: *„es ist eine der grössten und blutigsten Operationen, die es gibt“*, nie znalazły wielu naśladowców. Wracano do dawniejszych sposobów przyżegania błony śluzowéj, wstrzykiwań miąższowych itd. W cięższych atoli przypadkach szukać musiano nowego sposobu i znaleziono jak dotąd całkiem odpowiedni. Jest nim resekcyja wypadniętéj odbytnicy, którą w ten sposób, jak ją obecnie wykonywają, każdy wykonać potrafi.

Przed operacyją podaję choremu lekkie środki przeczyszczające, a bezpośrednio przed nią lewatywę. Pole operacyjne przygotowuje się antyseptycznie, a wśród głębokiéj narkozy przeprowadzam pętlę przez najniżéj leżącą część wypadniętéj odbytnicy, którą to pętlę oddaję asystentowi do trzymania. Teraz nacinam przednią ścianę wypadniętéj odbytnicy przez całą grubość i to równolegle do ujścia stolcowego w oddaleniu ½ cm. od niego. Przekonawszy się naocznie, że pomiędzy ścianami wypadniętéj odbytnicy nic nie ma, zakładam szew węzełkowy równolegle do ujścia stolcowego między nim a raną utworzoną, którym to szwem spajam nadciętą ścianę zewnętrzną wypadniętéj odbytnicy ze ścianą wewnętrzną nie naciętą. Ranę w zewnętrznéj ścianie odbytnicy przedłużam stopniowo małemi cięciami równolegle do ujścia stolcowego, zakładając natychmiast szew, zwany stębenkiem (*Steppnath, arrière point*). Gdy już tym sposobem obie ściany odbytnicy ze sobą na około są zeszyte, odcinam wewnętrzną ścianę i spajam błony śluzowe obu ścian szwem kuśnierskim. Do szycia używam katgutu chromowego, materyjał jest atoli obojętnym. Powstały kikucik przysypany proszkiem jodoformowym odprowadzam przez otwór stolcowy, który pokrywam warstwą gazy jodoformowéj, następnie zakładam opaskę przez pośladki.

Następne leczenie polega na wprowadzaniu czopków z jodoformu i makowca i dyjecie pożywnéj, płynnéj.

Jak z powyższego opisu widać, różni się mój sposób operowania tylko rodzajem szwu od operacyj dokonanych

przez Mikulicza, Billrotha i Nicoladoniego (*Gazeta Lek.* 1883, Nr. 47 i 48, *Wien. med. Presse* 1885, Nr. 26, *Przegląd Lekarski* 1887, Nr. 8 i 9, *Bericht ü. d. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurg.*, XVIII, 1888). Szew stębnowy zaś jest jakby stworzonym do tych operacyj. Znakomicie ją bowiem ułatwia i skraca, zbytecznem staje się zakładanie podwiązek, a niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny redukuje się *ad minimum*. Podniosłem te zalety, opisując moją pierwszą resekcyję odbytnicy (*Wien. med. Presse* 1888, Nr. 1), a obecnie z własnego doświadczenia potwierdzić to mogę.

Skutek operacyi jest taki, że się odbytnica skraca o całą część poniżéj ujścia stolcowego wiszącą, a następnie wytwarza się powyżéj zwieracza rzyci obrączkowate zwężenie światła kiszki, tak jednakże, że kał swobodnie przechodzić może. Resekować oczywista nikt odbytnicy nie będzie w tych razach, gdzie cierpienie innemi sposobami jeszcze usunąć można. Że się jednak do téj operacyi uciec należy, o tem pouczył mnie przypadek, w którym dziecię, żadnéj innéj nie cierpiące choroby, umarło li tylko wskutek wyniszczenia, wywołanego długo trwającem wypadnięciem odbytnicy, stan zaś już tak rozpaczliwy zastałem, żem się resekcyi podjąć nie mógł.

Śmiertelność w kilkunastu dotąd mi znanych przypadkach = 0, nie można bowiem kłaść na karb operacyi śmierci dziecka przezemnie operowanego, które będąc ozdrowieńcem po resekcyi, nabawiło się ospy i umarło. Oględziny pośmiertne wykazały, że ściany kiszki były silnie zrośnięte, a na otrzewnéj nie było ani śladu zapalenia.

II. O operacyjnem leczeniu jaglicy spojówki oka (*trachoma*).

Podał
Dr. Med. Br. Ziemiński,
Okulista w Warszawie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Co się tyczy ostatecznego wyniku, nie mogłem uczynić najmniejszego zarzutu w przypadkach, w których wyciętym został jedynie załamek spojówki, a chrząstka pozostała nienaruszoną. (Linijna blizna, wskutek omawianéj operacyi powstała, nie przynosi żadnéj szkody oku. Zmniejszenie zaś worka spojówki jest o wiele mniejszem, aniżeli wynosi szerokość wyciętego płatka, gdyż ten ostatni przedstawia część obrzmiałéj błony o wymiarach znacznie zwiększonych). Nadmienię jednak, że do tak szczęśliwego wyniku przyczynić się musiała okoliczność, że nader starannie unikałem wycięcia luźnéj podspojówkowéj tkanki łącznéj.

W pierwszych tygodniach po operacyi spostrzega się niekiedy nieznaczne opadnienie obrzmiałéj powieki po stronie operowanéj, jest to jednak zjawiskiem przemijającem; zresztą lekki stopień opadnienia górnych powiek jest cechą właściwą chorych jaglicowych.

Ostatecznie więc z uwagi, że wycięcie wiotkiego, przerostem dotkniętego załamka spojówki, spoczywającego na luźnéj tkance łącznéj, nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa — należy uciec się do téj metody we wszystkich przypadkach jaglicy, kwalifikujących się do chirurgicznego leczenia. Zresztą, jak wiadomo, gruczołowa tkanka spojówki najbogaciéj jest rozwinięta w sąsiedztwie górnego brzegu chrząstki i w ogóle w granicach załamka, po za któremi gruczołowa tkanka stopniowo maleje, niknąc nawet przed dojściem spojówki do brzegu powiek z jednéj, a do błony rogówkowéj z drugiéj strony.

Wessanie nielicznych stosunkowo tworów limfatycznych usadowionych w skąpo już reprezentowanéj tkance gruczołowéj daje się zazwyczaj sprowadzić w przeciągu najdaléj kilku tygodni. Nader proste wówczas leczenie polegać będzie na sprowadzeniu właściwego stosunku między limfatycznem nacieczeniem a powierzchownem unaczynieniem pojedyńczych ziarn jaglicowych.[1]) Skoro pozostały obszar spojówki ma wéjrzenie bezkrwiste, skoro brak obfitszéj wydzieliny ze spojówki, wówczas gorące okłady na oczy, oraz codziennie ponawiany masaż oczny przy użyciu maści zawierającéj jodoform, kwas borowy, lub też przetwory rtęci, a nareszcie w dłuższych odstępach czasu ponawiane przyżegania gładko utoczonym krysztalikiem siarkanu miedzi—zawsze pomyślny rezultat sprowadzają. Jeżeli przeciwnie błona spojówkowa jest rozpulchnioną i silnie nastrzykaną, a wydzielina z niéj pochodząca obfitą, natenczas zimne okłady, oraz częste przemywania worka spojówki przeciwgnilnemi roztworami, głównie roztworami sublimatu[2]) i azotanu srebra lub kreoliny—tego ostatniego zwłaszcza przy powikłaniach z cierpieniami rogówki — doprowadzą do właściwych granic chwilowe zaostrzenie sprawy chorobowéj. Zresztą przy ustępowaniu objawów ostrych jaglicy niejednokrotnie pomocnem okazuje się posypywanie całéj powierzchni błony spojówkowéj miałkim proszkiem boro-garbnikowym, przez kol. Wicherkiewicza zalecanym (*Acidi borici 3·0, Acidi tannici 1·0*).

O ile faktem jest, że usunięcie załamka spojówki zazwyczaj korzystnie wpływa na stan błony rogowéj, uprzednio dotkniętéj jakiembądź dla jaglicy właściwem cierpieniem tak, że w tym razie często stan chorobowy rogówki bez wszelkiego leczenia ustępuje; o tyle nie można łudzić się, żeby usunięcie załamka miało sprowadzić, lub wyraźnie przyspieszyć sprawę wessania tworów limfatycznych w pozostałéj części spojówki. W tem też przeświadczeniu we wszystkich przypadkach, w których nie tylko w górnym, lecz i w dolnym załamku spostrzegać dają się liczne ziarna ja-

---

[1]) Nadmienię tu jeszcze, że od lat kilku stosuję miejscowe wcierania szaruchy i maści, zawierającéj jodek potasu, we wszystkich przypadkach, w których przy jaglicy daje się wyczuwać obrzmienie gruczołów przyusznych. Wyraźny obrzęk tych gruczołów znaleźć można w połowie przypadków lżejszych form jaglicy, a nie mniéj sądzę, niż w 90% cięższych przypadków tego cierpienia. Dwa razy dziennie, za każdym razem po minut kilka, a nawet kilkanaście, dokonywane wcierania wspomnianych maści w okolicę przyuszną, niezaprzeczenie pomyślny wpływ wywierają na chorobowe objawy w odpowiednim oku istniejące. — [2]) W licznych przypadkach przekonałem się, że polecone przez Staderiniego, Romiée i kol. Wicherkiewicza silne roztwory ($^1/_{10}$ %—1 %) sublimatu, stosowane na spojówkę odwróconych powiek, nader pomyślnie wpływają na przebieg jaglicy; należy jednak odwrócić powieki tak, aby takowe w zupełności osłoniły rogówkę, a następnie destylowaną wodą zmyć zroszoną sublimatem powierzchnię spojówki. Nadmienić jednak winienem, że nieraz spotyka się przypadki jaglicy, w których sublimat od pierwszego razu, a w innych po pewnym czasie, nagle pogarsza stan oczu chorego. Fakt ten spostrzegałem w podobnych przypadkach tak przy stosowaniu silnych, jak nawet słabych $^1/_{100}$ % roztworów tego leku; jest to zapewne idijosynkrazyja błony śluzowéj oka względem sublimatu — co nie może dziwić wobec faktów, oczywiście dowodzących, iż przyrząd wzrokowy niekiedy najgorzéj znosi zwykłe, nawet klasyczne leki, pomyślnie i skutecznie działające w tychże cierpieniach u innych osób.

glicy, należy bez wahania jednocześnie wyciąć tak górny jak i dolny załamek. Zresztą wspomniane wskazówki, dotyczące stosowania leków w jaglicy, w każdym prawie przypadku sprowadzą sprawę wessania na tor właściwy. Przytem nadmienić musimy, że baczną należy dawać uwagę w każdym zadawniałym przypadku jaglicy, czy nie istnieje wapienny zawał gruczołów spojówki, szczególnie gruczołów Meiboma (t. z. *Lithiasis conjunctivae*) — w tym razie bowiem uporczywie utrzymuje się stan podrażnienia spojówki, a nawet rogówki, aż do chwili usunięcia ciała, już obcego ustrojowi przez nacięcie odpowiedniéj części spojówki i następne zastosowanie maleńkiéj ostréj łyżeczki lub wreszcie igły zaćmowéj. Wspomnieć tu winniśmy, że nieliczne rozproszone po wewnętrznéj powierzchni powiek oddzielne mieszki jaglicy można z pożytkiem rozcinać cienką igiełką. W wyjątkowych zaś przypadkach, szczególnie przy uporczywym charakterze jaglicy, należy przy następowem pooperacyjnem leczeniu, dla prędszego osiągnięcia celu, zamiast leków miejscowych wprost stosować galwanokaustykę, lub też zwykłe najcieńsze żegadło Paquelina w celu niszczenia ziarn jaglicowych, usadowionych na chrząstkowéj części spojówki. Przystępuje się do przyżegań jedynie w przypadkach, w których objawy podrażnienia w spojówce już ustąpiły, gdyż wówczas dopiero pojedyncze, głębiéj usadowione mieszki limfatyczne spostrzegać i skutecznie niszczyć można. Przy tym rękoczynie zawsze należy chloroformować pacyjenta. Po odwróceniu powieki głęboko nakłuwa się cieńkiem zwykłem, lub też galwanicznem żegadłem (*ignipunctura*) pojedyncze ziarnka jaglicy, a następnie przesuwa się żegadło po całéj powierzchni spojówki chrząstkowéj. Jednorazowe przyżeganie zazwyczaj nie wystarcza, szczególnie przy głębszem usadowieniu się mieszków limfatycznych, tem mniéj, że nieraz działanie przyżegania, które zdawało się być pierwiastkowo dosyć głębokiem, ogranicza się — jak ostateczny wynik wskazuje — li tylko do powierzchownych warstw błony śluzowéj oka. Powtórne przyżegania w celu zniszczenia pozostałych, oraz świeżo wytworzonych ziarn jaglicowych można najprędzéj w 8 dni przedsięwziąść. Nareszcie stosowanie żegadła może okazać się nader skutecznem w zadawniałych uporczywych przypadkach łuszczki jaglicowéj. Zazwyczaj wystarcza tu stosowanie żegadła wzdłuż kresy granicznéj między łuszczką a zdrową częścią rogówki, a następnie przyżeganie odpowiedniéj części rąbka spojówki w celu przecięcia nowoutworzonych naczyń krwionośnych. W przypadkach łuszczki, zajmującéj znaczną część błony rogowéj pożytecznem jest nadto stosowanie żegadła w kierunku dwóch łuków spółśrodkowych z odpowiednią częścią rąbka spojówki, raz na spojówce gałkowéj w pobliżu tegoż i raz w obrębie rogówki. Po przyżeganiu posypuje się zawsze rogówkę oraz worek spojówki miałkim proszkiem jodoformowym. Zastosowawszy żegadło do błony rogowéj, należy nałożyć opatrunek, zaś przy takimże rękoczynie tylko na spojówce uskutecznionym można zadowolić się zimnemi okładami, na oku operowanem stósowanemi.

W podobny sposób lecząc jaglicę można w przeciągu kilku tygodni po dokonanem wycięciu załamka spojówki usunąć tę uporczywą chorobę, a nadto prawie zawsze mieć pewność, że pacyjent będzie wolnym od powrotu tejże.

Jednem słowem znaczne skrócenie przebiegu tego cierpienia, uwolnienie pacyjenta od powrotów tegoż, oraz ztąd pochodzących, w skutkach zgubnych, powikłań ze strony błony rogowéj uznać należy za nader dodatnią stronę chirurgicznego sposobu leczenia téj choroby. Nie pomijamy też zaznaczenia ważnéj okoliczności, iż radykalnie lecząc jaglicę, zmniejszamy możność szerzenia się téj choroby, a zatem skutecznie walczymy przeciw znanym endemijom i epidemijom tejże.

Liczni przeciwnicy tego sposobu postępowania, z punktu widzenia teoretycznego, nie popartego żadnemi dowodami z praktyki zaczerpniętemi — z góry potępiają takowy, choć nie zdaje się ulegać wątpliwości, iż należałoby szybkiemu operacyjnemu usunięciu ziarn jaglicowych dać pierwszeństwo przed naturalną, miesiące, a nawet lata całe trwającą sprawą wzrostu, rozpadu, a wreszcie wiądu tworów limfatycznych. Co prawda, winno się być oględnym w wyborze przypadków. Niewątpliwie przeciwwskazanem jest chirurgiczne leczenie w przypadkach świeżo powstałych; daléj w ostrych formach tego cierpienia, szczególnie w obec wyraźnie ropnéj wydzieliny; następnie przy obecności ostrych cierpień błony rogowéj i tęczowéj. Również za przeciwwskazanie uznać należy obecność stulejki powiek po stronie, mającéj podledz operacyi wycięcia załamka. Przeciwwskazania te nie są jednak bezwarunkowe, gdyż tak zaostrzenie cierpienia spojówki, rogówki oraz tęczy, jak i stulejkę powiek zawsze możemy usunąć przed przystąpieniem do właściwego chirurg. leczenia spojówki. Najodpowiedniejszem więc polem dla tego leczenia są niezbyt wczesne chroniczne formy jaglicy, zwłaszcza przy rogówce, zajętéj już właściwą sprawą chorobową.

* * *

W ostatnich czasach, wskutek licznych badań bakteryjologicznych (Sattler, Michel, Kucharski, Staderini), coraz więcéj utrwala się zdanie, że jaglica oka jest pasorzytnem cierpieniem, że objawy tego cierpienia są wynikiem odpornego oddziaływania organizmu przeciw wdarciu się szkodliwych przybyszów o ustroju drobnowidowym, dotąd niestety! niedokładnie, gdyż niezgodnie przez różnych badaczów tej sprawy oznaczonym. Teoretycznie rozważając możnaby orzec, że racyjonalne leczenie jaglicy oka zależnem jest od ostatecznego wyniku badań bakteryjologicznych.[1]) Z praktycznéj jednak strony rzecz całą biorąc zauważyć należy, że nie możemy ani usunąć możliwości wdarcia się właściwego tu drobnoustroju do worka spojówki; nie zawsze też od nas zawisło zwiększenie miejscowéj siły odpornéj organizmu, również nie jesteśmy w prawie twierdzić, iż leki dotąd nader obficie w tym razie stosowane skutecznie walczą przeciw temu cierpieniu; ostatecznie więc pomni i świadomi słuszności wyż przytoczonego zdania prof. Raehlmanna winniśmy w praktyce szukać sposobów zniszczenia głównego siedliska téj choroby, którem jest gruczołowa tkanka w załamku spojówki,

[1]) Dla osiągnięcia praktycznéj korzyści z wyników badań bakteryjologicznych, nad tem cierpieniem dokonanych, wstrzykiwano roztwory przeróżnych środków przeciwgnilnych (kwas karbolowy, sublimat, azotan srebra, siarkan miedzi, chlorek chininy i t. d.) w błonę śluzową oka oraz w powierzchowne warstwy podspojówkowéj tkanki łącznéj. Dotąd próby te okazały się bezskutecznemi przy leczeniu jaglicy. Dotychczas więc nie dopięto idealnego celu w leczeniu jaglicy: nie zdolano usunąć tworów chorobowych przy zupełnem zachowaniu formy oraz czynności narządu wzrokowego, nie zdołano uwolnić spojówki od limfatycznego nacieku bez zmniejszenia rozległości błony spojówkowéj, oraz bez uniknięcia wytworzenia się blizny.

winniśmy — z zachowaniem wszelkich ostrożności — przyspieszyć rozwiązanie, które w naturalnym przebiegu, a nawet przy leczeniu, jak dotąd, zazwyczaj jedynie łagodzącem, wlokąc się przez długie lata sprowadzają następstwa gorsze od samegoż pierwiastkowego cierpienia. Oględne operacyjne leczenie jaglicy, oparte na ogólnych zasadach chirurgii, nie naraża organu wzroku na najmniejsze niebezpieczeństwo. Ruchy powiek, domykalność tychże, ustawienie oraz ruchy gałki, odżywianie i przeźroczystość błony rogowéj w niczem, przy tem postępowaniu, nie zostają na szwank wystawione. Tak tu, jak i w innych działach chirurgii odpowiedni rękoczyn, we właściwym czasie zastosowany, kładzie hamulec groźnym następstwom cierpień, poruczonych li tylko poważnéj zresztą *vis medicatrix naturae* lub, co gorsze, banalnym nieraz lekom!

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

P. Güterbock: **O zboczeniach w oddawaniu moczu w przeroście gruczołu krokowego.**

G. sprzeciwia się zapatrywaniu powszechnie przyjętemu, że zboczenia w czynności oddawania moczu są następstwem mechanicznych przeszkód, jakie sprowadza przerosły gruczoł krokowy przy ujściu pęcherza. Także czynnościowe przeważanie zwieracza krokowego *(sphincter prostaticus)* nie daje dostatecznego wyjaśnienia. G. przyłącza się na podstawie swych doświadczeń do szkoły Guyona w Paryżu t. j., że przerost gruczołu krokowego jest sprawą włóknisto-mięśniowego zwyrodnienia, ograniczoną nie wyłącznie tylko do jednego narządu. Podobna sprawa włóknistego stwardnienia odbywa się w całym układzie moczowym i stoi na równi ze zmianami miażdżycowemi układu naczyniowego i jak one tworząc oznakę przedwczesnego starzenia się. Włókniste zwyrodnienie mięśni pęcherzowych, istniejące obok przerostu gruczołu krokowego, znajduje zastósowanie celem wytłomaczenia niedomogi pęcherza i na tle tego zapatrywania tłómaczy G. trzy okresy przerostu gruczołu krokowego, podane przez Guyona: okres zapowiadający się, 2-gi i 3-ci. Szczególne znaczenie przypisuje G. polyuryi, przydarzającéj się w przeroście gruczołu krokowego tak w okresie początkowym, jak i końcowym, następnie objawom niestrawności, jakoteż upośledzonemu stanowi ogólnemu, który może sprowadzić szczególną tkliwość i gwałtowne oddziaływanie przeciw zabiegom wszelkiego rodzaju. W końcu omawia G. jako powikłania zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i nerek i nagłe zatrzymanie moczu. *(Berl. Klin.* 1888, z. 4-ty).

Dr. Baschkopf.

J. Fessler (Mnichów): **O promienicy u człowieka.**

Na zasadzie kilku przypadków *Actinomycosis hominis*, spostrzeganych w klinice chirurgicznéj Nussbauma, podaje F. następujące cechujące własności téj choroby: 1) uporczywy, powolny przebieg zapalenia bez gorączki i znaczniejszego bólu; 2) znaczne rozmiary i stwardnienie zapaleniem dotkniętych części; 3) w wszystkich przypadkach, w których sprawa chorobowa usadowiła się na kości lub w kości, były otaczające części miękkie na znacznéj przestrzeni z nią zrośnięte, łącząc się z nią za pomocą grubych postronków; 4) zwykle przychodzi w obrzęku zapalnym po tygodniach i miesiącach do ograniczonego powierzchownego rozmiękczenia, które bez gwałtowniejszych przypadów wypróżnia się na zewnątrz, 5) skąpa wydzielina tego rozmiękczenia posiada własności szczególnéj ropy, lub krwawo zabarwionéj surowicy; 6) Ognisko takie szybko się zabliźnia, cały obrzęk się zmniejsza; w następnych tygodniach jednak wytwarza się nowy z poprzednim w związku zostający obrzęk wśród całkiem podobnych objawów; 7) rozległy rozpad następuje dopiero późno. W rozpoznaniu należy odróżnić sprawy kiłowe, gruźlicze i nowotworowe. (*Wien. m. W.* 1889, Nr. 31). *Dr. Baschkopf.*

Turazza: **O zapaleniu popłonicowem gruczołu przyusznego.**

T. tłomaczy powstanie zapalenia gruczołu przyusznego w następstwie płonicy, które zwykle występuje obustronnie i przechodzi w ropienie, w ten sposób, że jad, który głównie w jamie ustnéj i gardle się gnieździ, przez przewód Stenona dostaje się do gruczołu przyusznego, i w nim wywołuje zapalenie. Zapalenie to albo ogranicza się do tego gruczołu albo przenosi się następnie na otaczającą tkankę i sąsiednie gruczoły. Ropienie odbywa się powoli i następuje prawie zawsze dopiero wtedy, gdy już ustąpiły objawy na skórze i w gardle. Przy nacięciu wydobywa się gęsta ropa, w któréj niekiedy znajdują się cząsteczki gruczołu od wielkości soczewicy do wielkości bobu. Pod wpływem leczenia ściśle przeciwgnilnego zejście jest prawie we wszystkich przypadkach pomyślnem. *(Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* rocznik 20). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Fürbringer (Berlin): **O durze w szpitalu Friedrichshain podczas ostatniéj epidemii berlińskiéj.**

W przeciągu $2^1/_2$ miesięcy leczono 67 mężczyzn, 75 kobiet i 13 dzieci niżéj 12 lat. Liczba przypadków śmierci wynosiła 16, więc 10·3% wobec poprzedniéj przeciętnéj śmiertelności 17·3%. 10% śmiertelności musi każdy uważać za liczbę pomyślną, kto zna właściwości tamtejszych chorych durowych, kto widział, wielu chorych się oddaje do szpitala już tylko do umierania. Z mężczyzn umarło 8 (12%), z kobiet 6 (8%), za znaczną różnicę czyni F. pijaństwo odpowiedzialnem, z dzieci 2 (15·5%). Znaczna śmiertelność była po 40 roku, mała w 3 im i 4-tym dziesiątku. Praktyczne przeprowadzanie odrażania pawilonów było bardzo proste. Natychmiastowe przepłukanie treści wychodków 5% kwasem karbolowym, natychmiastowe usunięcie bielizny, łóżka i ciała po zanieczyszczeniu kałem, którą po zadziałaniu na nią rozczynem sublimatu oddano pralni i tą ostrożnością tłomaczy się niezapadnięcie osób w pralni zatrudnionych. Z drugiéj jednak strony poucza zarażenie się 4 Sióstr Miłosierdzia i 2 posługaczy, że ciągła styczność z bielizną zanieczyszczoną stanowi wybitne niebezpieczeństwo przeniesienia duru; obwinia tu przedewszystkiem zanieczyszczenie rąk, bezpośrednie (potrawy), lub pośrednie przeniesienie prątków z tych do ust, oderwanie się i wdychanie cząsteczek kału wysuszonego i t. d. Tylko dwóch chorych uległo gwałtowności duru, t. zw. hyperinfekcyi. Z 9 przypadków krwotoków jelitowych 3 skończyły się śmiertelnie. Uwagi godnem jest, że 3 razy nastąpiło wyleczenie po niewątpliwem przedziurawieniu jelita i zapaleniu otrzewny. Co do leczenia, to t. z. sposobów poronnych nie stosował i to ani kalomelem, ani całkiem nieużyteczną naftaliną, leki przeciwgorączkowe podawał tylko w bardzo ograniczonym wyborze, a za to zwracał główną uwagę na posilną dyjetę i leki podniecające (Sherry, koniak, kamfora) wobec zagrażającego osłabienia. Zresztą większą liczbę chorych poddano metodycznemu, najczęściéj łagodnemu i indywidualizującemu leczeniu kąpielami i to stosowanemi jako środek podniecający i dyjetetyczny (dla odświeżenia układu nerwowego, utrzymania czystości, pobudzenia łaknienia, zwalczania ocieklin itd.). (*B. klin. W.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

E. Krull: **Dalsze doniesienia o leczeniu suchot płucnych wilgotno-ciepłem powietrzem.**

Pierwotnie przez siebie podane leczenie zmienia autor o tyle, że ciepłotę wdychanego powietrza, wynoszącą pierwéj 44—45°, obniżył teraz do 42° i tem najwidoczniéj udowadnia, że swojem leczeniem nie dąży do zniszczenia prątków gruźliczych, zawartych w płucach i leczenia tym sposobem suchot, gdyż leczenie przeciwpasorzytnicze gruźlicy płuc uważa za bezskuteczne, a jego metoda nie ma nic wspólnego z wychwalanem leczeniem suchot, które przez wprowadzenie na 200° ogrzanego suchego powietrza do płuc dąży do zabicia prątków gruźliczych; postępowanie to, podane najpierw przez Hallera, odrzucił Gottstein jako zupełnie bezpodstawne. Doświadczenia Cornela na zwierzętach stwierdzają nieskuteczność wszystkich środków przeciwgruźliczych i sądzi, że byłby już czas do zaprzestania gonienia za lekami, zabijającemi prątki w suchotach płucnych. Opierając się na swojéj teoryi, że

niedostateczne odżywienie płuca ułatwia osiedlenie się w niem grzybków chorobotwórczych i że usunięcie téj nieprawidłowości przez powiększony dowóz krwi do płuc jest jedyną drogą do leczenia suchot, starał się wydoskonalić swój sposób leczenia, do tego celu dążący. Sposób K. daje najlepsze widoki przy wczesnem rozpoczęciu leczenia, a gdy gruźlica płuc już dłuższy czas trwa, należy rokować ostrożnie. Chorzy K. wdychają powietrzem o ciepłocie 39—40°, trwanie posiedzenia 15—25 minut. Wogóle zdaje się, że codzienne jednorazowe wdychanie przez 20 minut wystarcza do zupełnego wyleczenia. O tem leczeniu nabrał przekonanie, że nigdy, nawet u najbardziej osłabionych chorych, nie osłabia, że nigdy nie wywiera szkodliwego miejscowego zadrażnienia, że nigdy szkodliwie nie podwyższa ciepłoty chorych. Krwotoków nigdy nie spostrzegał, owszem chorzy, którzy przy rozpoczęciu leczenia mieli plwociny krwawe, tracili potem tę domieszkę krwi, bez użycia jakichkolwiek wewnętrznych leków. Również zauważał powiększenie się ciężaru ciała z rozpoczynającem zdrowieniem przy tem leczeniu. Wszelka gimnastyka płucna, nasilone głębokie oddychanie, wykonane wskutek bezpośredniego polecenia lub wskutek zimnych tuszów, męczących przechadzek, chodzenia po górach, sprowadza największe niebezpieczeństwa dla gruźliczego płuca i nie dopuszcza wyleczenia. (*W. kl. Woch.*, 1899, Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Choroby nerwowe.

Zjazd dla hypnotyzmu doświadczalnego i leczniczego w Paryżu. Ladame omawiając praktyczne znaczenie i niebezpieczeństwo hypnotyzmu, doszedł do następujących wniosków: 1) Należy bezwarunkowo zabronić publicznych hypnotycznych i magnetycznych posiedzeń w interesie dobra publicznego; umysłowe epidemije wieków średnich, jako też przez pociąg naśladowania wywołane szkodliwe następstwa publicznych przedstawień i w związku z niemi pozostające próby z strony laików usprawiedliwiają powyższe zdanie. 2) Do leczniczego zastosowania hypnotyzmu uprawnieni są tylko egzaminowani lekarze, u których prawo przypuszcza potrzebną znajomość rzeczy i moralność 3) Wywołanie stanu hypnotycznego i jego lecznicze zastosowanie należy obowiązkowo wcielić do programu naukowego klinik psychijatrycznych. — Renterghem z Amsterdamu wykładał o leczeniu przez poddawanie i o jego zastosowaniu w afazyi, macinnicy, śledziennictwie, gośćcu, zawrocie głowy, ciężkich upławach, w których to przypadkach osiągnął częścią polepszenie, częścią wyleczenie. Bernheim z Nancy twierdzi, że już dawno używają lekarze nieświadomie poddawania w celu leczenia, gdyż tylko tak można sobie tłomaczyć działanie obojętnych czynników; zaufanie do lekarza, wiara w skuteczność środka usuwa w rzeczywistości istniejące zboczenia. O sądowo-lekarskiem znaczeniu hypnotyzmu mówił Liégeois, profesor wydziału prawnego w Nancy. Omawia możliwość, czy hypnotyzowanych przez poddawanie można nakłonić do zbrodniczych czynów i jak dalece można ich za to uczynić odpowiedzialnymi; twierdzi, że tylko takie osoby są nieodpowiedzialne, które można wprawić w głęboki somnambulizm, gdyż tylko automatyzm jest bezwzględny. W danym przypadku rozchodzić się będzie o wykazanie: 1) czy osobę w ogóle można zahypnotyzować i 2) czy można ją tak głęboko zahypnotyzować, aby po poddaniu żadnego oporu stawiać już nie mogła, a następnie rozchodzi się o to, aby wykryć sprawcę poddania, co może być dla tego utrudnionem, że medium można równocześnie poddać, aby zapomniało o wszystkich poprzedzających i towarzyszących okolicznościach. W takich razach uważa L. za usprawiedliwione użyć także drogi poddawania, aby w taki sposób pośrednio wykryć sprawcę. L. opowiada o trzech przypadkach niewinnego posądzenia na zasadzie fałszywych oskarżeń ze strony macinniczych osób, dalej o 5 przypadkach zgwałcenia dokonanego na histeryczkach, w końcu o 4 przypadkach zbrodniczych czynów, imputowanych przez poddawanie. Gilles de la Tourette twierdzi, że hypnotyzowani mogą sprzeciwiać się zbrodniczemu poddawaniu. (*Münch. m. W.* 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Credé (Drezno): **Chirurgija pęcherzyka żółciowego.**

Skoro wewnętrzne środki w chorobach kamieni żółciowych nie pomagają, lub gdy występują stany septyczne, należy wykonać zabieg chirurgiczny a mianowicie idealną cystotomiją, szew i zapuszczanie pęcherzyka, w przypadkach niezmienionego, z otoczeniem nie zrośniętego pęcherzyka; drugie: wyłuszczenie pęcherzyka wobec jego zwyrodnienia, trzecie: najlżejszy zabieg, nacięcie z utworzeniem zewnętrznéj przetoki w przypadkach wyniszczenia sił chorych. C. wykonał 4 razy wyłuszczenie pęcherzyka, a 5 razy idealną cystotomiję. Krwotok z wątroby podczas jednéj operacyi mógł łatwo zatamować żegadłem Paquelina. Odiego spostrzeżenia na psach, że po wyłuszczeniu pęcherzyka żółciowego mimo ogromnéj żarłoczności następuje znaczna utrata ciężaru, która się znowu powoli wyrównywa, zrobił C. także u swoich chorych, a tłómaczy to tem, że wypróżnienie żółci nie odbywa się, jak pierwéj, przy każdem jedzeniu, lecz trwale i jednostajnie, a późniéj wytwarza się wyrównanie przez rozdęcie dróg żółciowych w wątrobie. W dyskusyi podnosi Thiem, że C. opuścił w swoim wykładzie cystotomiję z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego, jaką podał Zielewicz w Poznaniu dla tych przypadków, w których nie można wyciąć pęcherzyka, a czynność jego zniszczyć należy. T. opisuje przypadek wielkiego guza jamy brzusznéj kształtu klepsydry. zrośniętego z powłokami brzusznemi, siecią i jelitami, zawierającego w górnéj połowie pęcherzyk żółciowy, w środku zaś znaczną ilość kamyków żółciowych. Po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego wyłuszczył cały guz, a chora wyzdrowiała. Co do rozpoznania zauważa Langenbuch, że tylko w nielicznych przypadkach udało mu się obmacywaniem dojść do celu, chyba, że pęcherzyk był bardzo opuchliną dotknięty; za pomocą cięcia próbnego można na pewne rozpoznać. Wogóle należy tylko wtedy operować, jeżeli przy długoletniéj chorobie leki wewnętrznie podawane okazały się bezskutecznemi. Wyłuszczenie tylko wtedy należy wykonać, jeżeli się łatwo udaje. Na 24 przypadków wyłuszczeń tylko 2 skończyły się śmiercią bezpośrednio po zabiegu, a 6 wskutek zapalenia otrzewny. W rzadkich przypadkach kamyków żółciowych wątroby, które dopiero podczas operacyi stwierdzić można, należy naturalnie zaniechać wyłuszczenia pęcherzyka żółciowego. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

E. Navratil: **Przyczynki do chirurgii mózgu.**

N. opisuje 4 przypadki ropnia mózgowego (jeden bez operacyi, jeden zakończony śmiercią w 3½ miesięcy po operacyi wskutek zapalenia opon mózgowych, dwa wyleczone i to 1, względnie 3 lata spostrzegane), trzy przypadki padaczki urazowéj (jeden znacznie polepszony, jeden po 4 miesiącach wyleczony, 11 miesięcy spostrzegany, trzeci po dwóch operacyjach wyleczony, 1½ miesiąca bez napadu), daléj 2 przypadki rany postrzałowéj czaszki, w których kula wgoiła się i jeden, w którym kula 12 milim. utworzyła otwór wyjścia wielkości dłoni dziecięcéj, także wyleczenie. N. odsłania po zwykłem przygotowaniu chorego miejsce na czaszce za pomocą cięcia płatowego i używa (także wobec otwartych złamań kości) trepanu ręcznego, robiąc 6 i więcéj otworów; dłuta używa tylko do usunięcia łączących mostków kostnych. Po dokładnem oczyszczeniu 1% rozczynem sublimatu, otwiera się oponę twardą w miejscu nie odpowiadającem o ile możności ranie skórnéj i jeżeli wtedy ognisko chorobowe jeszcze nie jest odsłonięte, wbija bistur (nie strzykawkę lub igłę rowkowaną) w korę w ropniach mózgowych, aż jama ropnia nie wykaże się przez brak odporności wobec noża. Opatrunek za pomocą tamponady jodoformowéj lub szew i założenia sączków na krótki czas (24 godzin). W ropniach potrzebne jest dostateczne rozszerzenie otworu i oczyszczenie, względnie wyskrobanie jamy; krwotok prawie zawsze ustaje po krótkiéj tamponadzie. Drugi przypadek padaczki urazowéj jest szczególnie z tego powodu pouczający, że po trzech operacyjach, którémi nie naruszano kory, a które ograniczały się tylko do blizn kostnych i opony twardéj, kurcze jeszcze wracały i dopiero po czwartéj, przy któréj usunięto cztery żółtawo-białe, twarde miejsca z zwoju środkowego przedniego (blizny kory) zupełnie ustąpiły i jeszcze po 11 miesiącach nie wróciły. Że po wycięciu części kory mózgowéj nie następują trwałe porażenia, tłomaczy N. tem, że pobudki ruchu dla odnóg już pierwéj na inne drogi zostały odprowadzone. W końcu opisuje N. jeszcze przypadek zranienia zatoki podłużnéj (*sinus longitudinalis*); zatamowanie krwotoku za po-

mocą głębokiego obejmującego szwu i przypadek wyłuszczenia „margarytomu“ z lewéj kości czołowéj; w obu przypadkach osiągnął wyleczenie. (*Deut. med. W.* 1889, Nr. 33).

Dr. Baschkopf.

Położnictwo.

Leopold (Drezno): **O połogu u rodzących, które nie były poddane ani badaniu ani przepłukiwaniu wewnętrznemu i o samozakażeniu.**

L. już dawno zauważył, że kobiety, które nigdy nie były badane, przebywały najlepszy połóg; rozporządza on 200—300-stu przypadkami, w których chorobliwość wynosiła najwyżéj 1%—2%. Podczas gdy od r. 1885 stosuje przedwczesne wymywanie pochwy i przytem miał szeregi 130 i 160 porodów bez zakażenia i bez przypadku śmierci, stały się wyniki stanowczo gorszemi, gdy w ostatnim roku używał dokładnego odrażania pochwy i szyjki za pomocą wymywania, co odnieść należy do wtarcia wydzieliny pochwowéj w drobne szczeliny, prawie zawsze wtedy się znachodzące. L. opisuje 9 przypadków łączących się z gorączką, które znachodziły się na 510 przypadków niebadanych i nie odrażanych, w żadnym przypadku nie można tłomaczyć gorączki jako powstałéj przez samozakażenie. Opierając się na swem doświadczeniu, przychodzi do następujących wniosków: 1) O samozakażeniu tylko wtedy może być mowa, jeżeli wykluczyć można każdą inną przyczynę podniesienia się ciepłoty; 2) w zakładach naukowych są źródła zakażenia często bardzo ukryte, lecz przecież istnieją i można je usunąć; 3) w przypadkach pozornego samozakażenia można w opisanych przypadkach zawsze wykazać inne źródła zakażenia; 4) L. uważa wyraz „samozakażenie“ za niebezpieczny ze względu na czynność zakładów; 5) najlepszy połóg odbywają te kobiety, które nie były wewnętrznie badane; 6) w klinicznych zakładach należy położyć nacisk na zewnętrzne badanie, które prawie zawsze daje dostateczne wyjaśnienie; 7) jeżeli wewnętrzne badanie jest koniecznem, należy największe znaczenie przypisać najskrupulatniejszemu odrażaniu; 8) tylko w porodach nieprawidłowych, przy długiem trwaniu sprawy porodowéj, rozkładaniu się płodu i t. d. potrzebne jest przeciwgnilne oczyszczenie wewnętrznych części rodnych. (*Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Mochnaczów: **Stosunek ciężarnéj macicy do białych ciałek krążącéj w niéj krwi.**

Zestawiając budowę błony śluzowéj macicy i znane spostrzeżenie, że podczas ciąży zwiększa się ilość białych ciałek krwi, zadał sobie autor pytanie, czy nie wpływa budowa adenoidalna macicy na wytwarzanie się ciałek białych podczas ciąży i miesiączkowania? Dla rozstrzygnięcia tego pytania brał równocześnie krew z części pochwowéj macicy kobiety ciężarnéj i z palca i badał je na ilość ciałek białych. Wyniki téj pracy okazały się zupełnie inne niż autor przypuszczał, przystępując do niéj, ilość bowiem ciałek białych we krwi krążącéj w ciężarnéj macicy okazała się mniejszą niż we krwi z palca.

Na podstawie tego faktu autor przypuszcza, że część białych ciałek zatrzymuje się w macicy i zużytkowuje się jako materyjał do wzrostu jéj błony śluzowéj i dla odżywiania płodu. Przypuszczenie to potwierdza jeszcze wykazane przezeń spostrzeżenie, że przy skurczach macicy powiększa się znacznie we krwi jéj ilość ciałek białych. Faktyczne więc wyniki pracy autora są następujące: 1) Krew kobiet ciężarnych zawiera więcéj ciałek białych, niż krew nieciężarnych; 2) krew wzięta z części pochwowéj macicy zawiera mniéj ciałek, niż krew wzięta z palca téjże ciężarnéj kobiety; 3) odmienne rezultaty otrzymują się podczas skurczów macicy ciężarnéj, a inne wkrótce po nich. (*Żurnał akuszerstwa i żenskich boleźniéj*, 1889, Nr. 4). *A. W.*

Choroby skórne i weneryczne.

A. Pospelow (Moskwa): **O zarażeniu się kiłą t. zw. ekstragenitalnem.**

Opierając się na 198-iu spostrzeganych przez siebie przypadkach (na wargach ust 49, 20-stu mężczyzn i 29 kobiet; na dziąsłach 1; na języku 3 = 1+2; w gardle 45 = 14+32; na sutkach 69, na brodzie 1, na powiekach 3, w nosie 1, na tułowiu 10, około otworu stolcowego 5, na odnogach 10), czyni P. następujące wnioski: 1. W żeńskiéj ludności warstwy roboczéj Moskwy jest *infectio syphilitica extragenitalis* daleko więcéj rozpowszechnioną, niż w męskiéj. Tę przewagę kobiet spotykamy także w innych miastach Europy i zawisłą jest częściowo od fizyjologicznych własności ustroju kobiecego (karmienie) po części od towarzyskiego stanowiska kobiety. 2. Najczęstszą postacią zakażenia po za obrębem części płciowych w warstwie roboczéj jest zarażenie przez usta, a tu głównym czynnikiem są pocałunki, używanie do picia i jedzenia wspólnych naczyń, a mianowicie łyżek drewnianych, łatwo przyjmujących zarazek kiłowy. 3. Drugim, oczywiście tylko u kobiet zdarzającym się czynnikiem zakażenia ekstragenitalnego jest karmienie piersią już to obcych, już też własnych dzieci, w ostatnim przypadku, jeżeli je czasowo powierzono mamkom kiłowym. 4. *Infectio per os* wskutek używania wspólnych naczyń z osobnikami kiłowemi spostrzega się przedewszystkiem u kobiet w małych pracowniach rzemieślniczych i w pracowniach do szycia, co wskazuje na brak sanitarnego przestrzegania tych zakładów. *Infectio extragenitalis* u pokojówek, kucharek i innych sług świadczy o bezwzględności i obojętności gospodarzy względem swych sług i siebie samych. 5. Dla zapobieżenia rozpowszechnieniu się kiły na drodze ekstragenitalnéj potrzebne są rozległe i odpowiednie zarządzenia. (*Archiv. f. Derm. u. Syph.* 1889, z. 2). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VII. Posiedzenie naukowe z 18 maja 1889 r.

Przewodniczący kol. Pawlikowski. Członków obecnych 22.

1) Kol. Feigel przedstawia okazy patologiczno-anatomiczne kilku ciekawych przypadków napotkanych przy sekcyjach naukowych w prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie, a mianowicie: a) Brak zupełny całéj środkowéj i lewéj strony przepony u noworodka zmarłego w $^1/_4$ godziny po porodzie. Otwór w przeponie ma średnicę 4—5 ctm., brzegi jego zupełnie gładkie, pokryte szklącą błoną surowiczą, przechodzącą z powierzchni jednéj na drugą. W środkowym kącie tylnym otworu widać naczynie przebiegające z klatki piersiowéj do jamy brzusznéj. Wszystkie jelita wraz z żołądkiem, śledziona, trzustka i lewa nerka leżą w jamie opłucnéj lewéj, ugniatając płuco lewe tak, że takowe stanowi zbite, bezpowietrzne ciało wielkości zaledwie bobu, leżące w samym szczycie klatki piersiowéj lewéj. Worek sercowy z sercem leży po stronie prawéj śródpiersia. Zwłoki cechowały się ogólną sinicą skóry. b) Drugi przypadek okazany stanowi mięsak chrząstkowy, wyrastający u mężczyzny 27 lat liczącego z chrząstek żebrowych prawéj strony w formie guza, wystającego pod skórą klatki piersiowéj prawéj w okolicy sutka wielkości sporéj głowy męzkiéj, na szczycie z rozpoczynającym się rozpadem napiętéj skóry, a z drugiéj strony wrastającego w kształcie guza téj saméj wielkości w głąb klatki piersiowéj prawéj. Wskutek tego płuco prawe zostało mocno ugniecione i ku górze wyparte po nad 4-te żebro, w wątrobie zaś w następstwie długotrwałego ucisku przez nowotór powstało głębokie nieckowate zagłębienie, widoczne na przedstawionym okazie. Drugie ognisko nowotworu okazało się w okolicy szyi udowéj lewéj. Wskutek bujania nowotworu szyja kości udowéj została zupełnie zniszczoną i nastąpiło złamanie kości. Trzecie ognisko nowotworowe okazuje prelegent w tkance łącznéj otaczającéj miedniczki nerkowe, szczególnie prawą, skąd nowotwór rozrasta się w torebkach nerkowych obu stron jakoteż w tkance łącznéj i w gruczołach chłonnych miednicy małéj. Prócz tego wykazała sekcyja zapalenie ostre męcherza, miedniczek i rozsiane ropne zapalenie nerek. c) Trzeci okaz patologiczny stanowi ciekawy przypadek ciąży zamacicznéj brzusznéj z równoczesnem zapaleniem posokowatem miednicy. Otrzewna ścienna i trzewowa okazuje ślady przebytego dawniéj zapalenia w postaci rozległych zrostów jelit pomiędzy sobą i innemi trzewami zwłaszcza do macicy i trąbek. Obie trąbki pozakręcane leżą po za macicą i są znacznie rozszerzone; jajniki małe, otoczone pasmami i nitkami tkanki łącznéj — w lewym jajniku nadto torbiel okazały z włosami i cholestearyną wielkości orzecha włoskiego. Macica powiększona do wielkości dużéj pomarańczy, otoczona licznemi błonami wrzekomemi i poprzy-

czepiana do jelit i trąbek. Ściany jéj do 1 $^1/_2$ ctm. grube, żółtawe; jama obszerna, pokryta doczesną, przesiąkłą posokowatą cieczą i strzępami oddzielającą się; szyja rozszerzona, błona jéj podobnie zmieniona; pochwa szeroka. Pomiędzy kiszkami z lewéj strony brzucha nad macicą widać torbę, wytworzoną z błon wrzekomych zapalnych i z błon płodowych, grubości ściany do 0·2 ctm., wewnątrz wygładzoną i wypełnioną płynem krwawo-posokowatym, w któréj leży płód 42 ctm. długi, zupełnie dobrze zresztą rozwinięty, wiszący na pępowinie do 40 ctm. długiéj. W dolnym odcinku téj torby przyczepiona jest do ścian jéj łożysko, złożone z kilku nieregularnych zrazów, obok których znaleziono przy obdukcyi skrzep krwi wielkości sporéj głowy ludzkiéj. Zresztą wszędzie obraz ostrego zapalenia otrzewnéj, ostréj posocznicy i niedokrwenności ostréj. Z historyi choroby dodaje prelegent, iż zmarła zgłosiła się na oddział położniczy w agonii z ciążą, zapaleniem otrzewnéj i gorączką septyczną i umarła zaraz dnia następnego po przybyciu. d) Czwarty okaz przedstawia zwężlenie kiszek cienkich w postaci krawatki uwiązanéj we dwie pętle napotkane u 15-letniéj dziewczyny, która nagle wśród objawów niedrożności jelit zachorowała i wkrótce zmarła. W jelicie czczem znaleziono tasiemca zupełnie rozwiniętego, który może stał się powodem zwężlenia jelit. Zupełnie podobny przypadek opisał prelegent w 1875 roku w „Przeglądzie Lekar.“ i objaśnił zarazem ryciną — obecnie więc odwołuje się do opisu owego przypadku. Zaznacza tylko, że podobny przypadek, o ile mu wiadomo, nie jest dotąd w literaturze znany, gdyż rzadko opisane zwężlenia znajdowano zawsze pomiędzy Sromanum, a jelitem cienkiem — prelegent zaś znalazł obecnie już drugi podobny przypadek przy sekcyi. e) Wreszcie przedstawia prelegent preparat, pochodzący z dziecka, które po porodzie żyło 19 godz., a u którego przy obdukcyi znaleziono pęcherz znacznie rozszerzony o ścianach zgrubiałych, część przyprątną cewki moczowéj również znacznie rozszerzoną, a tuż przed nią w części błoniastéj cewki wrodzone zarośnięcie cewki. Oba moczowody rozszerzone do grubości palca małego, miedniczki mocno rozszerzone podobnie jak nerki, których miąższ zanikły, stwardniały, utrzymany zaledwie w grubości 0·3 ctm. Urachus był zamknięty.

2) Kol. Schramm przedstawił chorego, który wskutek przejechania doznał pęknięcia pęcherza moczowego. Bezpośrednio po uszkodzeniu wystąpiły silne bóle w brzuchu, womity, zaparcie moczu i zapad. Badany w 8 godzin późniéj okazywał ekskoryjacyję w lewem podżebrzu i w tem miejscu stłumienie, którego nad pęcherzem moczowym nie było. Przez wprowadzony cewnik odszedł mocz, potem ciecz fusowata, potem znowu mocz czyściejszy, a za uciskaniem na powłoki brzuszne prąd nieco się zwiększał. Z tych objawów rozpoznał kol. S. pęknięcie pęcherza moczowego, które zeszył sposobem Rydygiera. Cewnik w pęcherzu pozostawiony był stale przez dni trzy.

3) Kol. Ziembicki przedstawił trzech chorych, a mianowicie: a) Rekonwalescenta po otoku opłucnowym ropnym po stronie lewej klatki piersiowéj, operowanego metodą Küstera przez resekcyję żebra 7-go w linii pachowéj tylnéj z następowym ciągłym odpływem ropy do opatrunku. Przebieg był nadzwyczaj korzystny, bo znaczna przedtem gorączka w kilka dni po operacyi opadła zupełnie, a stan ogólny przed operacyją bardzo groźny po niéj szybko się poprawił. b) Chłopca 22-letniego, u którego wyjął przed kilkunastu dniami kilka uklejowatych guzów odchodzących od podstawy czaszki w jamie przełykowéj. Operacyja odbyła się metodą Gussenbauera. c) Rekonwalescenta po trepanacyi czaszki, wykonanéj przed dziesięcioma dniami u mężczyzny 34-letniego, u którego po doznanem w dniu 26/4 b. r. uderzeniu kamieniem w czaszkę w okolicę boczną lewą bez rany i załamania zewnętrznego kości wystąpiło zwolna wzmagające się porażenie po stronie ciała drugiéj, zajmujące głównie mięśnie twarzy i odnogi górnéj, a w mniejszym stopniu kończynę dolną. Badanie wziernikiem wykazało przekrwienie bierne naczyń śródgałkowych obu oczu. Podejrzywano pęknięcie wewnętrznéj blaszki kostnéj z infrakcyją lub wynaczynienie. Po trepanacyi w miejscu podanego urazu znaleziono pomiędzy kośćmi szczytu czaszki a oponą twardą jamę do 8 ctm. długą, a 4 ctm. szeroką, wypełnioną skrzepami krwi. Te zostały usunięte częścią łyżeczką, częścią przez wypłukanie rozczynem sublimatu 0·05%, następnie jama wytarta gazą i po założeniu drenu cięcie w częściach miękkich czaszki zeszyte. Objawy porażenne po téj operacyi rychło ustąpiły, a utrzymujące się dotychczas w lekkim stopniu osłabienie kończyny górnéj prawéj zwolna się wyrównywa.

Nad pierwszym z przedstawionych chorych wywiązała się ożywiona dyskusyja, w któréj wzięli udział koll. Schramm, Barącz, Pisek, Wehr i Ziembicki.

4) Wreszcie obradowano nad poruszoną przez kol. Przewodniczącego sprawą biblijoteki, którą Sekcyja lwowska otrzymała od Towarz. lek. galic. Po dłuższéj dyskusyi wybrano na wniosek kol. Wiktora komisyję z 13 członków, która na następnem posiedzeniu ma zdać sprawozdanie z swych obrad w téj sprawie.

Za sekretarza naukowego: *Dr. Świątkiewicz.*

V. Filip Ricord.

Dnia 22 b. m. zakończył życie w Paryżu głośnéj na cały świat chwały syfilidolog Dr. Filip Ricord. Urodzony dnia 10 grudnia 1800 r., był on wiek niemal cały najprawdziwszem wcieleniem ducha francuskiego narodu, jego wykwintnego umysłu, płodnéj pracowitości i wiecznéj pogody duszy. R. przyszedł na świat w Baltimore, gdzie się schroniła jego rodzina podczas rozruchów wielkiéj rewolucyi. Już w młodzieńczym wieku odbył on naukowo-przyrodnicze podróże po Ameryce, kierowany i pouczany przez dwóch starszych braci, głośnych w owym czasie przyrodników. Systematyczne studyja lekarskie rozpoczął w Filadelfii, a skończył je w Paryżu, gdzie już w r. 1822 nadano mu posadę interna. Obowiązki te spełniał stopniowo pod zwierzchnictwem Dupuitrena, Béclarda i Lisfranca i dopiero w roku 1826, po zdobyciu gruntownéj i wszechstronnéj wiedzy, bronił swéj naukowéj rozprawy na stopień doktora medycyny. Szczupłe środki utrzymania zniewoliły Ricorda do szukania zajęcia na prowincyi, gdzie parę miejsc pobytu zmienił, i dopiero w r. 1831 ufny w swoje siły, powrócił do Paryża, otrzymał godną siebie posadę w szpitalu Midi, i rozpoczął długi szereg lat powodzeń wszechstronnych, dostępnych tylko najrzadszym wybrańcom losu. Względnie do ówczesnych kierunków klinicznych, Ricord, odznaczający się niepospolitym darem spostrzegawczym, zasłynął odrazu głośnym i genijalnym klinicystą w dziedzinie syfilidologii, któréj wyłącznie poświęcił swój czas i zdolności. Z prac ogłoszonych drukiem podajemy tylko wybitniejsze: *Traité sur l'emploi de la pomade mercurielle dans le traitement de l'erysipele. Traité pratique des maladies veneriennes* (dwa wydania). *Clinique iconographique de l'hopital des veneriens de Paris. De l'emploi du spéculum. De l'ophthalmie blennorrhagique. De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires.* Bez przesady powiedzieć można, że w ciągu 40 lat dziennikarstwo lekarskie francuskie wypełniało swoje szpalty jego pracami urywkowemi, zwłaszcza wykładami; jasność treści, ozdobność formy tych wykładów czyniły Ricorda niezrównaną siłą nauczycielską. Głośne jego *Lettres sur la Syphilis*, ogłaszane w *Union medicale*, uwydatniły w nim głębokiego myśliciela i skończonego literata.

Życie Ricorda od r. 1834 jest jednym szeregiem zwycięstw i tryjumfów: ubogi młodzieniec zdobył on olbrzymią fortunę; pierś jego nie mogła pomieścić wszystkich orderów, któremi obsypali go panujący świata całego. W roku 1850 został on członkiem Akademii Lekarskiéj, a w kilka lat późniéj jéj prezesem. Był członkiem niezliczonéj ilości towarzystw naukowych, krajowych i zagranicznych. Blask ten i zaszczyty nie zmieniły Ricorda i pozostał on zawsze prostym, naturalnym, na wzór wszystkich ludzi prawdziwéj wartości. Niemal wiek cały przebywając w Paryżu, i przeszedłszy w nim całą skalę, od ubogiego studenta do głośnéj sławy lekarza, profesora, bogacza itd. Ricord był najpopularniejszą postacią w stolicy Francyi: Od plebejusza z podziemia do cezara w tuileryjach wszyscy go znali i cenili. Umysł giętki, dowcip wykwintny, styl barwny, usposobienie towarzyskie, przystępne, Ricord był ulubieńcem młodzieży i licznych pokoleń lekarzy, a i te przymioty duszy dorzucą niemało kwiecia do laurowego wieńca, który Francyja złożyła w dniu 26 b. m. na grobie zasłużonego i pełnego chwały obywatela i uczonego; czcząc z całym światem lekarskim nieśmiertelne zasługi Ricorda, temi kilka słowami składamy hołd jego niewygasłéj pamięci.

Dr. A. Kwaśnicki.

Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj,

skreślił

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Na téj drugiéj, mniejszéj połowie obszaru wspaniałéj wystawy może ciekawy widz odbyć całe studyjum etnograficzne: rozpatrując się w dość licznych grupach Tonkińczyków i Anamitów, mieszkańców Senegalu, Madagaskaru, Kochinchiny i Jawy i mając przed oczami ich chaty z wiernem urządzeniem całego wnętrza, ich świątynie, a nawet ich rzemiosła i wyroby — widząc nareszcie, jak i czem się żywią, jak się tatuują, robiąc ranną toaletę i jak się wreszcie rozweselają tańcem, dając widowiska w swych teatrzykach. Tutaj to naprzeciw pięknych pałaców, mieszczących w sobie produkta licznych i bogatych kolonij francuskich, wznosi się lśniąco biały pałac ministerstwa wojny, a część tego ogromnego budynku poświęconą jest przedmiotom z zakresu hygijeny i gałęzi z nią spokrewnionych.

Jest to pocieszającym objawem, że wystawa światowa na pastwę oczu milijonowych tłumów rzuca nie tylko czarujące pięknością owoce architektury, olśniewające wytwory genijuszu ludzkiego na polu sztuk pięknych i zdumiewające ogromem lub praktycznością owoce przemysłu, lecz pociąga również umysł widzów ze sfer najrozmaitszych do rzeczy nie tak błyskotliwych, mających jednak na celu polepszenie warunków zdrowia ludzkiego, oraz zachęcających do zmniejszenia okropnéj grozy wojen przez ochocze przystępowania do Towarzystw Czerwonego krzyża i różnych towarzystw dobroczynnych, opiekujących się dziećmi opuszczonemi, starcami niedołężnymi i nędzarzami.

Celem udzielenia opieki rannym i chorym w myśl konwencyi genewskiéj, zawiązały się we Francyi dotychczas 3 towarzystwa, które w swych czynnościach popierają się wzajemnie. Pierwsze towarzystwo założone w r. 1865 nosi nazwę *„La societé de secours aux blessés militaires“*; przewodniczącym jego jest b. prezydent Rzeczypospolitéj francuskiéj, marszałek Mac-Mahon, a przewodniczącą honorową ks. Czartoryska; w skład zaś komitetu prócz głośnych nazwisk z arystokracyi francuskiéj należą również sławni lekarze, jak Péan, Ricord, Guyon i t. d. Towarzystwo to udzieliło w smutnych dla Francyi latach 1870 i 1871 opieki 110.000 rannym, nadto rozdzieliła 2 milijony franków pomiędzy ofiary wojny, wysłało 110.000 franków dla rannych w Tunisie, a 338.000 franków dla rannych w Tonkinie. Towarzystwo to jednak nie ograniczyło swéj pożytecznéj działalności w sposób więcéj egoistyczny, t. j. obsypując dobrodziejstwami tylko wojska francuskie, gdyż w r. 1878 zyskało, za pomocą publicznych składek, poważną kwotę 400.000 franków, którą rozdzieliło pomiędzy rannych Turków i Rosyjan. Prócz tych znacznych sum pieniężnych ma to Towarzystwo ogromne zapasy materyjałów sanitarnych, potrzebnych dla rannych, a zapasy te zwiększają się ustawicznie we wszystkich miastach francuskich pod nadzorem delegatów. 270 członków obojej płci należy do komitetu, a 35.000 członków czynnych opłaca kwotę co najmniéj 6 franków rocznie na pożyteczne cele Towarzystwa.

Nadto panie francuskie zawiązały dwa Towarzystwa Czerwonego krzyża, t. j. w r. 1879 *„l'Association des Dames francaises“* i *„l'Union des femmes de France fondée en 1881.“* Towarzystwa te mają na celu nieść pomoc nieszczęśliwym ofiarom nie tylko podczas wojen, ale również i podczas doniosłych klęsk publicznych, n. p. podczas cholery, trzęsienia ziemi, ogromnych pożarów itp.

Z łona tych stowarzyszonych, płacących po 10 franków rocznie, wychodzą wykształcone dozorczynie chorych, albowiem przez lat 2 uczęszczają w znacznéj liczbie na odczyty wieczorne z zakresu higijeny i chirurgii, a następnie poddają się egzaminowi. Nagrodę za dobry wynik złożonego egzaminu stanowią medale: złoty, srebrny i bronzowy. Nie potrzebuję nadmieniać, że patryjotyzm francuski kazał paniom zapomnieć o przesądach kastowych i przystępować we wszystkich zakątkach tego bogatego kraju do związku, który wytknął sobie za cel tak wzniosłe i pożyteczne zadania. Zakładanie szpitali, należyte urządzanie baraków, troskliwa obsługa rannych i chorych przesyłanych z pola bitwy, a przy tem nie tamowanie czynności ofiarnych Sióstr Miłosierdzia, poświęcających swe życie nieraz wśród gradu kul na polach bitew, oto cele tych pięknych towarzystw, które na wystawie światowéj przedstawiły okaz baraków rozbieralnych, a nader praktycznie pomyślanych.

Barak tego rodzaju daje się ustawić gdziekolwiek wśród ogrodu, czy to w mieście, czy to znów na wsi, opodal od dworu, lub domu jakiegokolwiek.

Zbudowany on jest z drzewa w ten sposób, iżby dał się łatwo rozebrać, a więc może być przez zwykłego cieślę złożonym i znów rozebranym i gdzieindziéj przeniesionym W miarę miejsca może w pewnéj odległości (koło 15 metr.) stanąć drugi i trzeci barak tego rodzaju, a wszystkie razem tworzą szpital, który ma służyć na wszystkie pory roku tak, że rannych można i w zimie w nich pomieścić i otoczyć ich należytą opieką w jak najlepszych warunkach higijenicznych.

Barak wystawiony w oddziale higijenicznym zawiera salę, w któréj pomieścić się może 20 łóżek, a do około sali koło 20 metrów długiéj znajdują się ganki kryte, zawierające kąpiele, umywalnie, salkę operacyjną, a nawet pokoik dla lekarza. Ściany baraku są drewniane i podwójne, również podwójnym jest sufit, wzniesiony na 4 metry ponad podłogę, która składa się z desek, spoczywających na belkach, obitych płytami cynkowemi, aby wyziewy z wilgotnéj ziemi nie przenikały do sali. Wychodki i zlewy znajdują się na końcu baraku po za salą. Wentylacyja odbywa się za pomocą otworów w dachu, oraz za pomocą dziur w oknach. Okien takich jest 10, otwierają się szeroko i dosięgają prawie sufitu, a wierzchnie szyby są przedziurawione. Ogrzewanie sali odbywa się za pomocą gorącéj wody, przeplywającéj przez rury wzdłuż ścian rozłożonych. Koszta takiego baraku o 20 łóżkach, w powyższy sposób wygodnie urządzonego, wynoszą koło 17.000 franków. Wobec zatem znacznego majątku, jakim te Towarzystwa Czerwonego krzyża rozporządzają, nie będzie wcale rzeczą trudną, znaczną ilość takich baraków urządzić nie tylko we Francyi saméj, ale i w licznych kolonijach tego zamożnego i zawsze jeszcze bardzo potężnego państwa.

Jednakowoż dobroczynność francuska nie poprzestaje tylko na rozwinięciu tylu zalet w zakresie opieki nad ofiarami morderczych wojen i przerażających swym ogromem klęsk publicznych — otacza ona również skrzydłem opiekuńczem starców zniedołężniałych i wszelkiego rodzaju nędzarzy. Do tego służą przytuliska i żłobki (*hospices, asiles, refuges et des crêches*) a wybitnem znamieniem wszystkich tych dobroczynnych zakładem jest czystość prawie do przesady posunięta. Biedacy wszelkiego rodzaju przychodzą tu brudni, głodni i odarci, a wychodzą wykąpani, nakarmieni i przyzwoicie, choć skromnie ubrani. Mniéj zamożni znów otrzymują w tanich kuchniach za bagatelę pożywne jedzenie.

(Dokończenie nastąpi.)

Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Wspomnieć wreszcie należy, mówiąc o budynkach uniwersyteckich, o osobnym gmachu poważnych rozmiarów, oddzielnie zupełnie stojącym, frontem ku ulicy zwróconym i przeznaczonym na konwikt dla studentów (t. zw. „dom obszczeżytja, t. j. wspólnego pożycia). Jestto budynek także murowany, trzypiętrowy (licząc parter za oddzielne piętro), powstały z ofiar dobrowolnych, które wyniosły około 33,000 rs. Ogólny szacunek budynku wynosi około 40,000 rs. Pomieścić się w tym domu może około 100 studentów. Obecnie się mieści 60. Jestto instytucyja bardzo dla młodzieży korzystna, mają bowiem za tanie nader pieniądze (12—13 rs. miesięcznie) całkowite utrzymanie, nie wyłączając książek, oświetlenia, usługi, opierunku. Z czasem, w miarę wzrostu liczby studentów dostanie się do tego konwiktu będzie stanowiło swojego rodzaju stypendyjum. Pewną ilość najbiedniejszych i najwięcéj pilnych przyjmie nawet Uniwersytet na swój koszt. Życie jest tu nietylko tanie, lecz i posilne

i zdrowe. Zawiaduje tą instytucyją osobny komitet, składający się obecnie pod przewodnictwem p. Floryńskiego z proff. Gezechusa, Zaleskiego, Dogiela i Korzyńskiego, z inspektora studentów Jeleniewa, z wice-gubernatora Pietuchowa, prezesa izby skarbowéj Hilarowa i lekarza więzień tutejszych Dra Orzeszki, naszego rodaka. Jest zamiar z czasem założyć i drugi taki komitet, jeżeli tylko środki na to pozwolą, a kupcy tutejsi ofiar nie poskąpią. Opalanie Uniwersytetu z przyległościami odbywa się za pomocą drzewa brzozowego, w które Syberyja obfituje. W głównym gmachu zaprowadzono system kaloryferów; nie odpowiedział on jednak całkowicie temu, czego odeń oczekiwano i dla tego wzniesiono nadto odpowiednią ilość pieców, tak że kaloryfery grają dzis tylko rolę pomocniczą. Na każdem piętrze mieszczą się ogrzewane waterklozety, pod względem urządzenia nie pozostawiające nic zgoła do życzenia.

Kliniki uniwersyteckie wznoszą się dopiero. Wyznaczono na ten cel dodatkowo ze skarbu państwa 220,000 rs. Kamień węgielny położono przed miesiącem. Część ich za rok ma być już gotowa, wszystkie zaś za 2—2½ lat. Roboty prowadzi uniwersytecki budowniczy Naronowicz; życzyćby należało, żeby doświadczenie, nabyte przezeń przy budowie Uniwersytetu, na dobre wyszło klinikom.

Utworzony przy Tomskim Uniwersytecie przed rokiem tymczasowo jeden jedyny tylko wydział lekarski podlega ogólnéj ustawie, obowiązującéj od 1884 r. wszystkie rosyjskie Uniwersytety. Czasowe zmiany, aż póki nie zostaną otworzone inne wydziały, na tem tylko polegają, że rada uniwersytecka wraz z wydziałową połączoną została w jedną kolegialną instytucyję, która posiedzenia swoje odbywa pod przewodnictwem rektora; dziekan wydziału przy zwykłych warunkach w danym razie pełni obowiązki sekretarza. Gospodarczą częścią Uniwersytetu zawiaduje t. zw. zarząd, składający się pod przewodnictwem rektora, z 3 zwyczajnych profesorów, wybranych przez kuratora okręgu naukowego i zatwierdzonych przez ministra oświaty i z inspektora studentów. Oprócz osób, które otrzymały świadectwo dojrzałości z ukończenia kursu nauk w gimnazyjum filologicznem, do Tomskiego Uniwersytetu mogą być nadto przyjmowani i wychowańcy prawosławnych duchownych seminaryjów, którzy ukończyli kurs nauk w I. kategoryi, przy wzorowem sprawowaniu się i niedaléj, niż na 2 lata przed wstąpieniem do Uniwersytetu. Do innych rosyjskich Uniwersytetów, z wyjątkiem warszawskiego, a teraz i tomskiego, wychowańcy seminaryjów wstępu, jak wiadomo, nie mają. Liczba katedr na lekarskim wydziale tomskiego uniwersytetu wynosić ma po całkowitem zorganizowaniu tegoż 25; w téj liczbie 13 zwyczajnych profesorów, 11 nadzwyczajnych i 1 profesora teologii. Roczna płaca zwyczajnego profesora wynosi 4500 rs., nadzwyczajnego i profesora teologii 3000 rs. Profesorom, mieszkającym w uniwersytecie (takich jest tylko 3), strąca się z pensyi: zwyczajnemu 1050 rs., nadzwyczajnemu 700 rs. Rektor, którym być musi jeden ze zwyczajnych profesorów i którego obiera minister oświaty i przedstawia do najwyższego zatwierdzenia, pobiera przez czas sprawowania swoich obowiązków w ciągu lat 4 dodatkowéj płacy po 1500 rs. rocznie. Za mieszkanie też mu strącają po 1050 rs. rocznie. Sekretarz-dziekan wydziału, którego wybiera rektor z łona etatowych profesorów uniwersytetu i przedstawia do zatwierdzenia ministra oświaty, pobiera przez czterolecie sprawowania swoich obowiązków dodatkowéj płacy po 600 rs. rocznie. Oprócz podwyższonéj płacy w stosunku do płacy na innych uniwersytetach, profesorowie i w ogóle wszyscy będący na służbie przy tomskim uniwersytecie, korzystają z ogólnych przywilejów służby w zachodniéj Syberyi. Wynika stąd, że po 10-cio letniéj służbie na miejscu dolicza się im lat pięć. W ten więc sposób 30-sto-letni okres do całkowitéj emerytury bywa tu zredukowany do 25 lat, a 25-cio-letni okres do lat 20-stu. Całkowita emerytura, czy to po 20-stu, czy po 25-ciu latach służby naukowéj (lata, spędzane na asystenturze, docenturze etc. bywają zaliczone), wynosi tu zatem dla zwyczajnego profesora 4500 rs., a dla nadzwyczajnego 3000 rs. Nadto po pierwszych 5 ciu latach służby na miejscu zwyczajny profesor otrzymywać winien 450 rs. rocznie dodatku do pensyi, a po następnych 5-ciu latach 900 rs., nadzwyczajny zaś profesor po pierwszych 5-ciu latach 320 rs. — a po następnych 640 rs. Honoraryjum za wykłady, czyli tak zwane czesne, wynosi tu po 75 kop., za 1 wykładową godzinę na tydzień, a po 60 kop., za 1 godzinę zajęć praktycznych na tydzień. Z tego widzimy, że byt materyjalny profesorów syberyjskiego Uniwersytetu, jeżeli tylko drożyzna większą się nie stanie, niż dotąd, co wszyscy rokują, dostatecznie jest zapewniony. Absolutna ilość czesnego normuje się oczywiście nietylko liczbą wykładowych godzin, minimum któréj według ustawy 6 na tydzień wynosi, lecz i ilością studentów. Oprócz czesnego Uniwersytet pobiera od studentów na rzecz swoich środków specyjalnych po 50 rs. rocznie. Od opłaty téj, zarówno jak od czesnego, zwolnionych być może 5% najbiedniejszych studentów, którzy pilnością swą i wzorowem prowadzeniem się dostatecznie odznaczyli. Skład 25-ciu katedr tutejszego lekarskiego wydziału jest następujący: 1) Teologija prawosławna; 2) fizyka wraz z geografiją fizyczną i meteorologiją; 3) chemija nieorganiczna i organiczna wraz z lekarską; 4) mineralogija wraz z geologiją i paleontologiją; 5) botanika; 6) zoologija wraz z anatomiją porównawczą; 7) anatomija opisowa; 8) fizyjologija; 9) histologija wraz z embryologiją; 10) farmacyja i farmakognozyja; 11) farmakologija wraz z recepturą, toksykologiją i balneologiją; 12) patologija ogólna; 13) anatomija patologiczna; 14) diagnostyczno-terapeutyczna klinika; 15) szczegółowa patologija i terapija wraz z kliniką chorób wewnętrznych; 16) klinika psychijatryczna i chorób nerwowych; 17) klinika chorób wenerycznych i skórnych; 18) chirurgija operacyjna wraz z anatomiją topograficzną; 19) patologija chirurgiczna wraz z desmurgiją i mechano-chirurgiją; 20) klinika chirurgiczna wydziałowa; 21) klinika chirurgiczna szpitalna; 22) klinika chorób ocznych; 23) klinika położnicza, chorób dziecięcych i kobiecych; 24) medycyna sądowa i 25) higijena wraz z epidemijologiją i policyją lekarską. Z katedr tych obsadzonych jest dotąd 9, a mianowicie od Nru 2 do 10 włącznie t. j. wszystkie te przedmioty, które wykładane być muszą w I. i II. roku studyjów lekarskich. Wkrótce ma być obsadzoną katedra teologii prawosławnéj, a pozostałych 15 profesur będzie obsadzonych dopiero w roku przyszłym i następnym. Dzisiejszy osobisty skład rady uniwersyteckiéj jest następujący:

1) Mikołaj Gezechus, Dr. fizyki, b. wychowaniec docent i laborant petersburgskiego Uniwersytetu, a obecnie zwyczajny profesor fizyki i p. o. rektora Uniwersytetu, liczy obecnie 45 lat wieku.

2) Mikołaj Maliew, Dr. medycyny, b. wychowaniec petersburgskiéj Akademii medyko-chirurgicznéj, następnie prosektor anatomii opisowéj w Kazaniu. W Tomsku początkowo nadzwyczajny, a obecnie zwyczajny profesor anatomii opisowéj, lat 48.

3) Stanisław Szczepan Zaleski, Dr. medycyny, b. wychowaniec Uniwersytetów warszawskiego (medycyna) i Dorpackiego (chemia), b. asystent farmakologii doświadczalnéj i docent chemii fizyjologicznéj w Dorpacie, zwyczajny profesor chemii ogólnéj, analitycznéj i lekarskiéj, lat 30.

4) Aleksander Dogiel, Dr. medycyny, b. wychowaniec, asystent, prosektor i docent uniwersytetu kazańskiego, nadzwyczajny profesor histologii i embryjologii, sekretarz wydziału lekarskiego, lat 36.

(Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

K. Schaffer (Budapeszt): **O wściekliznie ze stanowiska klinicznego i histologicznego.**

Wścieklizna jest ostrą, gorączkową, zakaźną chorobą środkowego układu nerwowego. Między jadem wścieklizny i układem nerwowym istnieje analogiczny związek, jak między drobnoustrojem cholery i przewodem pokarmowym, między jadem zimniczym a śledzioną. Na ten ścisły stosunek wskazywały już objawy kliniczne, a szczepienia na zwierzętach stwierdziły to na pewno. Właściwa wścieklizna wybucha po ustąpieniu okresu wylęgania i zwiastunów. Kolejność objawów jest następująca: 1. Od rdzeniu przedłużonego pochodząca duszność wdechowa, utrudnienie połykania, czkawka, szczególne zachowanie się źrenic, zaczer-

wienienie skóry, pocenie i ślinienie się. 2. Majaczenia. 3. Objawy porażenne, tworzące obraz poprzecznego porażenia lędźwiowego. 4. Drgawki, wymioty. Wśród ostatnich objawów i zupełnéj nieprzytomności następuje śmierć. Dwa objawy trwają przez całą chorobę i wzmagają się przed śmiercią: mechaniczna drażliwość mięśni i podwyższenie ciepłoty. Objawy wścieklizny są następstwem podwójnego stanu zadrażnienia układu nerwowego, t. j. stanu podwyższonéj i zmniejszonéj pobudliwości, względnie obumarcia istoty nerwowéj; pierwszy sprowadza objawy rozdrażnienia, drugi objawy końcowe; oba wychodzą z rdzenia przedłużonego i z kory mózgowej. Podział schematyczny jest następujący: I. Wylęganie. II. Zwiastuny. III. Objawy podrażnienia, a) objawy rdzeniowe, b) majaczenia. IV. Objawy końcowe, a) porażenie poprzeczne, b) drgawki. Ten podział ma uzasadnienie w sposobie rozszerzenia się jadu wścieklizny. Badanie układu nerw. sześciu osób, zmarłych wskutek *Lyssa humana*, wykazało zawsze zapalenie rdzenia pacierzowego z znacznem zmianami tkanek. Uderzającem jest, że ogniska chorobowe widoczne są w tych odcinkach rdzenia, które odpowiadają miejscu ukąszenia: przy ukąszeniu górnéj odnogi w odcinku szyjnym, dolnéj odnogi w odcinku lędźwiowym. Naczynia krwionośne były szczelnie wypełnione czerwonemi ciałkami krwi, okazywały rozległe nacieki około błony zewnętrznéj, często wynaczynionki, przedewszystkiem w rogach przednich i tylnych, gdzie też istota nerwowa uległa obumarciu. Komórki nerwowe przedstawiały różną postać zwyrodnienia, zanik barwikowy, tworzenie się jamek, ziarniste zwyrod. pierwoszcza, stwardnienie. W istocie białéj znajdowały się wynaczynionki, zwyrodnienie osłonki rdzennéj i włókna nerwowego, przerost włókien osiowych. Za przeniesieniem się jadu drogą nerwów przemawiają nie tylko szczepienia na zwierzętach, lecz także spostrzeżenia kliniczne i histologiczne (bolesność wychodząca z blizny ukąszenia i rozszerzająca się wzdłuż nerwu). (*W. med. Woch.* 1889, Nr. 30). *Dr.. Baschkopf.*

Niebezpieczeństwo zbliżającéj się cholery dla wschodniéj Europy. Znany epidemijolog azyjatyckiego wschodu Dr. Proust udzielił paryskiéj akademii lekarskiéj niepokojących wiadomości o zagrażającéj Europie cholerze: wybuchła ona 14 sierpnia br. w Bagdadzie i szerząc się rozbieżnemi szlakami wzdłuż rzek Tygrysu i Eufratu, dotarła obecnie w kierunku południowym do zatoki perskiéj, t. j. do okolicy nadzwyczaj ważnéj ze względu na wszechświatowy stosunek handlowy; z drugiéj strony szybko postępując ku północy przez posiadłości perskie, lada dzień jest oczekiwaną na południe od morza Kaspijskiego, w mieście Reszt, skąd już nieraz, zwłaszcza w pamiętnéj morderczéj epidemii r. 1831, wtargnęła do Europy. Jeżeli jednak rozszerzenie się cholery w przystaniach mórz Śródziemnego i Czarnego natrafia na przeszkody w powolności i trudności komunikacyi morskiéj, to rzecz się ma zupełnie inaczéj na lądowéj granicy perskiéj na południe od morza Kaspijskiego: do téj pory wszystkie epidemije cholery, nadciągające z Indostanu, Afganistanu i Persyi przez miasto Reszt wtargały do Europy. Jeżeli więc Reszt, będący o 2 mile od Enseli, portu, mającego codzienne stosunki handlowe z Baku i Astrachanem, zostanie nawiedzonem przez cholerę, co jest wielce prawdopodobnem, gdyż epidemija już zajęła Hamadan i Kirmansdah, zbawienie Europy od ciężkiego bicza będzie wyłącznie w ręku Rosyi i zależeć będzie od ścisłości zastosowania nowoczesnych sposobów ochronnych, jakie to państwo rozwinie na granicy perskiéj.[1]) (*Revue scientifique* z 10 b. m.).

Dr. A. Kwaśnicki.

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Uwagi objaśniające projekt ustawy o urządzeniu służby zdrowia w gminach.

Znaczną część obowiązków publicznéj służby zdrowia, któréj organizacyja zasadniczo określoną jest w ustawie z dnia 30 kwietnia 1870 r. D. u. p. Nr. 68, przekazują §§. 3 i 4 téjże ustawy gminom. Są to te obowiązki własnego i poruczonego zakresu działania gmin, mające na celu jedno z najważniejszych zadań publicznéj administracyi, t. j. ochronę zdrowia ludności i usuwanie przyczyn niebezpieczeństwa dla zdrowia.

Ze względu na doniosłe znaczenie téj gałęzi administracyi gminnéj dla jednostki, rodziny, gminy, kraju i państwa należy usilnie dążyć do tego, ażeby gmina tym obowiązkom, przez ustawę ściśle określonym, według swoich sił ze znajomością rzeczy i całkowicie odpowiedziała.

Na mocy postanowień §. 1 wspomnianéj państwowéj ustawy sanitarnéj, jak niemniéj na mocy §§. 104—109 ustawy gminnéj, są władze polityczne obowiązane czuwać nad tem, aby gminy ściśle wykonywały swe ustawowe obowiązki. W razie zaniedbania tych obowiązków ustawa poleca władzom politycznym, aby na niebezpieczeństwo i koszt gminy zarządziły potrzebne środki zaradcze.

Jest jednakże rzeczą powszechnie wiadomą, jak niedokładnie przeważna część gmin w kraju wypełnia swe ustawowe obowiązki w zakresie policyi zdrowia i spraw zdrowia w ogóle. Gminy nie są nawet w stanie w obecnych stosunkach obowiązkom tym zadość uczynić, gdyż brak im fachowéj pomocy w administracyi sanitarnéj. Pochodzi to zaś ztąd, że §. 5 państwowéj ustawy sanitarnéj dotąd nie jest wykonany. Reprezentacyja kraju bowiem dotychczas nie wskazała, jakie zarządzenia mają gminy wprowadzić w życie celem należytego wykonywania służby sanitarnéj.

Do Reprezentacyi kraju zatem należy uchwalenie ustawy o organizacyi publicznéj służby zdrowia, któraby ułatwiła, a właściwie umożliwiła gminom wypełnienie powyżéj wskazanych obowiązków. Nie ulega to bowiem żadnéj wątpliwości, że gdyby władze polityczne znalazły się w tem przymusowem położeniu, iżby wykonać musiały w całéj pełni swój ustawowy obowiązek nadzorowania spraw sanitarnych w gminach, i gdyby celem odpowiedniego wykonywania służby sanitarnéj użyły w poszczególnych gminach, ustawą dopuszczonych środków zaradczych, to w takim razie załatwianie spraw sanitarnych nałożyłoby na gminy od razu bardzo znaczne ciężary.

Przedkładając Wysokiemu Sejmowi z odwołaniem się na postanowienia §. 5 ustawy państwowéj z 30 kwietnia 1870 r. projekt ustawy o organizacyi gminnéj służby zdrowia do konstytucyjnego traktowania, powoduje się c. k. Rząd w pierwszéj linii względami na najistotniejsze interesa gmin, usilnie potrzebujących pomocy w tym kierunku, jaki projekt ten wskazuje.

Dla c. k. Rządu potrzeba doprowadzenia do skutku krajowéj ustawy sanitarnéj przedstawia się jako nagląca z tego powodu, że w Reprezentacyi państwa już przy różnych sposobnościach zwracano na to z naciskiem uwagę, a zupełne wykonanie już od siedmnastu lat obowiązującéj państwowéj ustawy sanitarnéj co do organizacyi służby sanitarnéj w gminach uznano jako konieczną podstawę wszelkich dalszych reform w zakresie spraw zdrowotnych.

Dalszym powodem skłaniającym Rząd do przedłożenia Wysokiemu Sejmowi projektu krajowéj ustawy sanitarnéj, jest ta okoliczność, że już w dziewięciu królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych przyszły do skutku takowe ustawy i że przez niezupełne wykonanie państwowéj ustawy sanitarnéj co do służby zdrowia w gminach, wytworzyły się nierówne stosunki w administracyi sanitarnéj poszczególnych krajów koronnych. Pominąwszy bowiem okoliczność, że uporządkowane stosunki sanitarne jednego kraju zagrożone są przez istnienie nieuporządkowanych stosunków sanitarnych w krajach ościennych, zwłaszcza pod względem szerzenia się chorób zakaźnych, wymaga tego ogólny i jednolity interes sanitarny całéj ludności, aby do odpowiedniego załatwiania sanitarnych obowiązków gmin postarano się wszędzie o równie gorliwą a odpowiednio do odrębnych stosunków poszczególnych krajów zastósowaną opiekę fachowych organów.

Doświadczenia poczynione w tych krajach, w których już od lat kilku krajowe ustawy sanitarne weszły w życie i odpowiednio zostały wykonane, jak n. p. w Morawii, Karyntyi i Tyrolu, dozwalają należycie ocenić nadzwyczajną wartość i pożytek takiéj ustawy, a nadto także obliczyć dokładnie koszta połączone z zaprowadzeniem takiéj instytucyi.

[1]) Wkrótce w odcinku naszego pisma rozpoczniemy druk pracy naszego szan. współpracownika Dr. Wł. Jabłonowskiego, jak wiadomo, gruntownego znawcy spraw zdrowotnych dalekiego wschodu. Rozprawa Dra Jabłonowskiego dotyczy właśnie groźnych przepowiedni Dra Prousta. (*Red.*).

Pod oboma względami doświadczenia wykazują znakomite wyniki.

Skoro więc inne kraje koronne uznały już potrzebę organizacyi gminnéj służby zdrowia, i skoro w ten sposób sanitarne stosunki tych krajów rzeczywiście poprawione zostały, staje się przeprowadzenie takiéj organizacyi w Galicyi tem potrzebniejszem, ile że, jak to powszechnie wiadomo, stosunki zdrowotne w naszym kraju są pod każdym względem opłakane i z wyjątkiem jedynéj Bukowiny znacznie gorsze, aniżeli w jakimkolwiek innym kraju koronnym.

I tak n. p. kiedy ogólna śmiertelność w królestwach i krajach reprezentowanych w Radzie państwa wynosiła w latach 1880 do 1885 2·93%. 3·06%, 3·21%, 3·17% i 32%, w Galicyi w tym samym okresie czasu śmiertelność w stosunku do ludności wynosiła 3·46%, 3·54%, 3·6%, 3·59%, 3·41% i 3·66%.

Chorobom zakaźnym, jakoto: odrze, kokluszowi, tyfusowi czerwonce i ospie ulega w Galicyi rok rocznie taka sama ilość ludzi, jak we wszystkich innych krajach koronnych razem wziętych. I tak umarło wskutek chorób zakaźnych w królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych w latach od 1883 do 1885 — 115.062, 114.120 i 117.879 osób, podczas gdy w Galicyi saméj w tych trzech latach umarło wskutek chorób zakaźnych osób 58.289, 53.872 i 58.112, a w latach 1886 i 1887 nawet 59.248 i 66.891, t. j. więcéj jak czwarta część ogólnéj liczby zmarłych. W niektórych powiatach zdarza się nierzadko, że 40% a nawet i 47% wszystkich przypadków śmierci bywa przez choroby zakaźne spowodowane. Zdarzyło się to n. p. w roku 1887 w powiatach Kałusz (47%) i Podhajce (47·2%), a w r. 1883 w powiecie Nadwórna (47·8%).

A właśnie na tem polu policyi sanitarnéj możnaby rozwinąć nader skuteczną czynność zapobiegawczą, jeżeliby przez wczesne rozpoznanie pierwszych przypadków choroby i przez umiejętne zastosowanie środków zaradczych przeciw szerzeniu się choroby postawiono zaporę groźnym epidemiom.

W historyi epidemij galicyjskich mamy niestety nader wiele takich przypadków, w których dowiedziono, że mimo sprzyjających warunków hygienicznych danéj miejscowości, tylko zawleczenie zarazka chorobowego było powodem wybuchu choroby, a brak należytego zrozumienia wymogów sanitarnych ze strony organów gminnych, przesądy i niedołęztwo ludności tak sprzyjały rozwojowi choroby, że z tego wywiązała się długotrwała i groźna epidemia. Zdarza się często, że obcy sługa, lub robotnik dotknięty tyfusem lub ospą, nie bywa umieszczany w odosobnieniu, lecz zostaje odsyłany do swéj gminy rodzinnéj i tam też zawleka zarazek chorobowy. Również często zarazek zawleczony bywa przez włóczęgę lub wypuszczonego więźnia, a z takich sporadycznych przypadków powstają potem groźne epidemie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Wypadków nadzwyczajnych, zasługujących na wzmiankę było 30, z nich tylko pięć, a mianowicie 10, 11, 12, 14 i 30 zdarzyły się w samym zakładzie, reszta zaś po za zakładem. Oddział męski: 1) Dnia 6 stycznia przywieziony został z Bursztyna, powiatu rohatyńskiego cierpiący na szał przemijający F. B. z odmrożeniami na obu nogach. Chory opuścił zakład dn. 21 kwietnia wyleczony. 2) Dnia 5 lutego przywieziono z Dąbrowicy, powiatu tarnobrzeskiego, W. O. cierpiącego na ogłupienie z padaczką, pokrytego ranami na udach i podudziach, pochodzącemi od oparzenia. Rany zabliźniły się częściowo. Chory zmarł w 40 dni po przybyciu. 3) Dnia 3 lutego przywieziony został ze szpitala powszechnego we Lwowie cierpiący na zadumę F. S. z ranami ciętemi na obu przedramionach, zadanemi w zamiarze samobójczym. Rany zagoiły się; chory pozostaje dotychczas w zakładzie. 4) Dnia 23 lutego przywieziono ze szpitala w Brodach cierpiącego na ogłupienie z porażeniami G. P. ze złamaniem 4, 5, 9 i 10 żebra prawego. Dnia 5 maja chory opuścił zakład jako nieuleczny a spokojny; złomy połączyły się kostniną. 5) Dnia 29 marca przywieziony został ze szpitala powszechnego we Lwowie cierpiący na ogłupienie z porażeniami, S. Z., o obrzękiem obu przedramion, jako też z rozległemi sińcami i starciami pochodzącemi od krępowania. Chory zmarł w zakładzie 3 maja na ostry obrzęk. 6) Dnia 1 lipca przywieziono z komisaryjatu dzielnicy II. miasta Lwowa cierpiącego na szał opilczy I. M. ze złomem 3, 4 i 5 żebra lewego i licznemi sińcami. Przed komisyją sądową podał chory, że odniósł powyższe uszkodzenia w podnieceniu wspinając się po meblach w pomieszkaniu w nieobecności żony. Opuścił zakład dnia 11 lipca za rewersem. 7) Przy otwarciu zwłok zmarłego 10 sierpnia chorego na szaleństwo opilcze A. S. zauważano złom 2, 3 i 4 żebra lewego. Sekcyja sądowo-lekarska odbyta dnia 12 sierpnia stwierdziła jako przyczynę śmierci stłuszczenie serca i obrzęk ostry płuc; złomy zaś uznała jako powstałe po śmierci. 8) Dn. 13 sierpnia przywieziony został z Obertyna, powiatu horodeńskiego, chory na szaleństwo ostre L. Sch. ze złamanem 9 lewem żebrem. Chory wyleczony opuścił zakład d. 18 września. 9) Dn. 16 sierpnia przywieziono z Kulikowa, powiatu żółkiewskiego, cierpiącego na szaleństwo opilcze M. S., z raną tłuczoną (5 cm. długą) na głowie i podobną (2 cm. długą) na twarzy, jako też licznemi sińcami i starciami na tułowiu i kończynach. Opuścił zakład 20 września wyleczony. 10) Cierpiący na ogłupienie z padaczką Ignacy Jaczyszyn w podnieceniu popadaczkowem wyrwał szczotkę z rąk zamiatającego dozorcy i rzucił się na dozorców. Wtedy dozorca Wojciech Socha wydarł mu takową i uderzył kilka razy. Dozorca oddany został do c. k. sądu, a chory dotychczas pozostaje w zakładzie. 11) W nocy 31 sierpnia na oddziale niespokojnych, cierpiący na szał Klemens Podczaszy chodził po sali, czem zgniewany czuwający dozorca Panat skrępował mu ręce w tył i wrzucił do separatki. Dozorująca siostra Miłosierdzia zastała rano chorego leżącego, twarzą zwróconego do siennika, a dozorcę śpiącego. Dozorcę Panata oddano sądowi. Chory pozostaje w zakładzie dotychczas. 12) Dnia 25 listopada chory na ogłupienie z padaczką Andrzéj Hołowaty rzucił lampą, daną mu przez dozorcę dla przyświecania podczas sprzątania, na chorego Jana Nazarkiewicza, z którym żył w nieprzyjaźni i zranił go w czoło. Wtedy Nazarkiewicz wraz z chorymi Łatockim i Potasznikiem obili Hołowatego. Zadali mu trzewikiem ranę (na 6 cm. długą) w głowę, oprócz kilku sińców i starć. Hołowatego przeniesiono na inny oddział. Dozorcę oddalono. Chory dotychczas pozostaje w zakładzie. 13) Dnia 29 listopada przywieziono ze szpitala powszechnego we Lwowie cierpiącego na obłęd prześladowczy, F. Sch. z dwiema ranami ciętemi po obu stronach szyi, z takąż po nad tętnicą sprychową, nad lewym stawem ponadgarstkowym i kilkunastoma (15) ranami powierzchownemi w okolicy serca, na klatce piersiowéj. Rany powyższe zadane w zamiarze samobójczym zagoiły się wkrótce, a chory opuścił zakład 18 grudnia na żądanie rodziny za rewersem. 14) Dnia 30 grudnia cierpiący na szaleństwo ostre Jan Dubyk rzucił kałem na dozorcę Lewickiego. Tenże rozgniewany w towarzystwie dozorcy Filasa paskiem obił chorego, zadając mu kilkanaście sińców na grzbiecie i dolnych kończynach. Dozorców oddano sądowi. Chory pozostaje dotychczas w zakładzie. 15) Na oddział kobiet przywieziona z Kopczyniec E. K. cierpiąca na szał opilczy okazywała znaczną wrażliwość i zgrubienie 2 i 3 żebra lewego w miejscu chrząstkozrostu jako ślad złomu; chora opuściła zakład 14 kwietnia wyleczona. 16) M. K. cierpiąca na szał ostry, przywieziona dnia 13 stycznia ze złomem trzeciego żebra lewego, głęboką utratą skóry na obu rękach od skrępowania pochodzącą. tudzież z licznemi sińcami na całem ciele. Chora umarła dnia 31 stycznia, a sekcyja sądowo-lekarska wykazała, oprócz przekrwienia mózgu i obrzęku płuc, złom 3 lewego żebra. 17) M. M. ze Lwowa cierpiąca na zadumę czynną, przyjęta 17 stycznia, okazywała zgrubienie 2 żebra lewego w linii przymostkowéj ze znaczną podatnością i nieprawidłową ruchomością; oprócz tego liczne sińce na kończynach i tułowiu. Umarła 27 stycznia na chroniczne zapalenie błon mózgowych, a sekcyja sądowa stwierdziła złom 2 lewego żebra. 18) M. P. cierpiąca na zadumę, przywieziona dnia 16 lutego z Drohobycza ze złomem 2 lewego żebra, guzowatością i wrażliwością na obmacanie żeber 6 lewego 2 i 4 prawego, z rozlanem obszernem zasinieniem brzucha, ucha prawego, tudzież licznemi sińcami na całem ciele. Opuściła zakład d. 14 maja wyleczona. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 października. N. Pan udzielił nadzwycz.

profesorowi chorób dzieci w Uniw. Jagiell., Dr. Maciejowi Jakubowskiemu order korony żelaznéj III klasy.

* Dr. Antoni Mars, docent położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, po powrocie z wycieczki naukowéj, urządził własnym kosztem audytoryjum i pracownię położniczo-ginekologiczną na wzór zagranicznych, w Collegium juridicum, w lokalu dawniéj senatu akademickiego, który mu obecny rektor profesor Dr. Korczyński do użytku tymczasowego oddał. Ćwiczenia w operacyjach położniczych z uczniami, które jak dotąd odbywały się w lokalu septycznym w zabudowaniu anatomii opisowéj na trupach, odbywać się obecnie będą na fantomach i płodach balsamowanych. Audutoryjum nadto zaopatrzone jest w środki desinfekcyjne tak, że uczniowie po odbytych ćwiczeniach będą mogli uczęszczać do klinik bez obawy przenoszenia istót zakaźnych. Obok audytoryjum urządzoną jest pracownia mikroskopowa dla celów ginekologicznych, która mieści zbiór miednic i preparatów ginekologicznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Zastępstwo po zmarłym prof. okulistyki Jacobsonie objął prof. Vossius. — **Berlin**, Prof. Koenig objął kierownictwo oddziału fizycznego w zakładzie fizyjologicznym.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani: lekarzem miejskim w Jaśle Dr. Józef Lehman, w Niżankowicach Dr. Stanisław Ruczka. Osiedli: w Skolem Dr. Wiktor Michalski, w Szczurowy Dr. Józef Michalik.

* Stopnie doktorów w. u. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Rajmund Keller rodem z Tarnopola i Jan Schneider z Kopyczyniec w Galicyi.

* Lekarze Puppart i Światłowski po obronieniu rozpraw otrzymali stopnie Drów med. w Uniwersytecie Warszawskim (*Medycyna*).

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł Dr. Jerzy Hofmann-Wellenhof, asystent przy zakładzie higijenicznym, zaraziwszy się nosacizną, licząc lat 26. — Dr. Hadlich, b. asystent prof. Mendla w Berlinie, zginął w Alpach wśród wycieczki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 43: Sawickiego: O ranach przepony; (c. d.); Matlakowskiego: Przycz. do ciąży zamacicznéj (dok.) — W *Kronice Lek.* Nr. 10: Kryńskiego: O przyczynach ostrych zapaleń ropnych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 43: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego (dok.); Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (c. d.).

Sprostowania w artykule Dra Ziemińskiego, *Przegląd Lekarski* Nr. 42: str. 505, szpalta 2-ga, 1-szy wiersz od dołu, zamiast stwardnienie, winno być jak stwardnienie; strona 506 w uwadze 1 széj, 3 wiersz od góry, zamiast: rodzaju winno być organu; w uwadze 2-giéj, 10-ty wiersz od góry zamiast: St. Etijenne, winno być St. Etienne; szpalta 2-ga, 3-ci wiersz od dołu, zamiast: paznogciem, winno być paznogciami. — **W artykule Dra Obtułowicza**; Str. 511, w. 1 od góry zam. *Chemin de fer Decanville*, czyt. *Ch. d. f. Decauville*; w. 27 od dołu zam. słowa tego słowa znaczeniu, czyt. słowa tego znaczeniu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 6 listopada o godz. 6 wiecz. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne swe posiedzenie, na którem oprócz spraw niezałatwionych na poprzedniem posiedzeniu kol. Dr. Szymkiewicz będzie miał rzecz „o replantacyi zębów z demonstracyją.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Rok XXVIII. Kraków, 9 Listopada 1889. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwału (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

Jedynemu i najdawniejszemu, bo od niepamiętnych czasów wykonywanemu sposobowi operowania zaćmy, jéj spychania do ciałka szklanego (*depressio vel reclinatio cataractae*) urósł w połowie zeszłego wieku niebezpieczny współzawodnik. W roku 1747 francuz Daviel podał i w licznych przypadkach z pomyślnym skutkiem zastosował nowy sposób, tak zwane wydobycie katarakty (*extractio cataractae*). Udoskonalana stopniowo przez La Fayéa, Sharpa, Palucciego i Santerelliego, a następnie przez niemieckich okulistów jak Richter, Wenzel, Barth, Beer i Arlt ekstrakcyja zdobywała sobie coraz to liczniejszych zwolenników, a ścieśniając coraz to bardziéj pole wskazań reklinacyi rugowała ją zwolna tak, że około połowy bieżącego stulecia stała się nareszcie panującym sposobem operowania twardych zaćm wieku podeszłego. Do spychania zaćmy uciekano się w owym czasie tylko we wyjątkowych przypadkach, w których wydobycie z jakichkolwiek przyczyn zdawało się przeciwwskazanem. Za mojéj pamięci wykonywał reklinacyję w przypadkach zwykłéj twardéj zaćmy schyłkowéj jeszcze tu i owdzie jakiś maroder okulistyczny, aż wreszcie poszła ona w zupełne zapomnienie. Los ten spotkał ją słusznie nie tyle jeszcze z powodu wyników bezpośrednich, otrzymywanych na razie, ile raczéj ze względu na ich niepewność i nietrwałość w bardzo licznych przypadkach. Trzecia bowiem część, jeżeli nie połowa ócz, które, przebywszy szczęśliwie samą operacyję i pierwsze niebezpieczeństwo sprawy gojenia, odzyskały na razie wzrok mniéj lub więcéj dobry, traciła go po miesiącach, a nawet latach już to skutkiem oderwania siatkówki, już też skutkiem jaskry, które twarda, a więc wessaniu tylko rzadko i częściowo ulegająca zaćma, przebywając w ciałku szklanem sprowadzała drażniąc jako ciało obce wewnętrzne błony oka. Ale i na tem jeszcze nie koniec, zapalenie bowiem tęczówki i ciałka rzęskowego w oku operowanem wzniecało niekiedy cierpienie współczulne oka drugiego.

Nowy sposób operowania górował nie tylko większą pewnością pierwotnego wyniku, ale i jego trwałością, a cierpienie współczulne nie wydarzało się po nim wcale. Pod względem wyników osiąganych za pomocą wydobycia, to z 206 ócz operowanych przez Daviela 182 odzyskało wzrok, straty wynosiły więc niespełna 12%. Statystyka wykazuje wprawdzie, że wyniki, jakie naśladowcy Daviela osiągali, były znacznie gorsze, tracono bowiem 15 do 20% ócz operowanych, późniejsze udoskonalenia jednakże tak saméj operacyi jak i narzędzi do jéj wykonania służących, wieńczyły pomyślniejsze wyniki, zmniejszając straty na 10—12%.

Głównym wrogiem było ropne zapalenie rogówki i całego oka (*Panophthalmitis*), wydarzające się niezbyt rzadko nawet mimo wzorowego wykonania operacyi i nienagannego zachowania się operowanego po niéj. Zbadanie przyczyn ropienia stało się więc najpilniejszem zadaniem nauki, bo tylko ich poznanie doprowadzić mogło do uniknięcia tego najgroźniejszego niebezpieczeństwa.

Ale zapatrywania autorów rozeszły się pod tym względem w różnych bardzo kierunkach. Jedni upatrywali przyczynę w anatomicznych stosunkach rogówki, pozbawionéj naczyń krwionośnych i skłonnéj z tego powodu, według ówczesnych wyobrażeń, do ropienia, zwłaszcza po zadaniu bądź co bądź bardzo wielkiéj, bo przynajmniéj połowę podstawy rogówkowéj obejmującéj rany, która nadto z powodu swéj postaci płatowéj źle się zamyka, a zbyt łatwo rozdziawia. Inni obwiniali tęczówkę, która naciągana i ugniatana przez występującą z oka twardą zaćmę łatwo ulega zapaleniu, szerzącemu się następnie na inne części oka. Jeszcze inni wreszcie widzieli główne źródło niebezpieczeństwa w strzępkach rozciętéj torebki przodkowéj, a zwłaszcza w szczątkach zaćmy pozostałych w oku, które pęczniejąc, z jednéj strony drażnią tęczówkę, z drugiéj strony sprowadzają łatwo pęk-

nięcie ranki rogówkowéj, zaledwie słabo zlepionéj. Ta różność zapatrywań stała się przedmiotem żywo prowadzonego sporu, w którym sąd bezstronny, stosownie do ówczesnego stanu nauki, żadnemu z tych zdań nie mógł odmówić uprawnienia do pewnego przynajmniéj stopnia, dopóki o wiele późniejsze badania nie wykazały właściwéj przyczyny w zakażeniu już to podczas saméj operacyi, już też późniéj, w ciągu leczenia pooperacyjnego. W miarę téj różności zapatrywań wytknęły sobie też i usiłowania, dążące do usunięcia niebezpieczeństwa, trzy odmienne kierunki.

Celem uniknięcia niebezpieczeństwa połączonego z zadaniem rogówce rany płatowéj zwrócił się Graefe jeszcze w roku 1855 do cięcia linijowego nożykiem grotowym, za pomocą którego Palucci, Rosas i Fr. Jaeger zaćmy szczątkowe, a Gibson i Travers zaćmy miękkie już dawniéj wydobywali. Graefe starał się, powiększając cięcie aż do 3''', zastosować ten sposób operowania także do zaćm twardych późniejszego wieku, przekonał się atoli. że się do tego nie nadaje. I późniejsze zmiany téj operacyi (1859), mianowicie przeniesienie cięcia na brzeg rogówki, powiększenie go tak, iż około $^1/_4$ obwodu rogówkowego zajmowało i połączenie z wycięciem kawałka tęczówki *(extractio linearis modificata)*, pozwoliły wprawdzie rozszerzyć zakres jéj wskazań i uczyniły ją przydatną do usuwania zaćm z małem, twardem jądrem i rozmiękłą korą, ale sam Graefe uznał ją tylko w takich przypadkach za wskazaną, w których pewne okoliczności przemawiały przeciw cięciu płatowemu.

Tak więc usiłowania zastąpienia cięcia płatowego w przypadkach twardych zaćm schyłkowych cięciem linijowem nie doprowadziły na razie do celu, a to mimo dalszéj modyfikacyi wydobycia linijowego, którą asystent Graefego Schuft z podaniem nowego rodzaju łyżeczek pod nazwą *„Die Auslöffelung des Staares“* w roku 1860 ogłosił i do operacyi nawet największych i najtwardszych zaćm schyłkowych zalecił. Sposób ten nie zdobył sobie uznania z powodu zbyt wielkiego urazu z nim połączonego, częstego upływu ciałka szklanego podczas, a zbyt łatwego występowania zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego po operacyi. Przebieg téj operacyi, a następnie jéj wynik w kilku przypadkach, w których ją Arlt za moich czasów w klinice swojéj wykonał, nie zachęcały bynajmniéj do dalszych doświadczeń, to też nie znalazła ona prawie wcale naśladowców.

Nie wiele późniéj, ale w sposób zupełnie inny starał się Jacobson (*Ein neues und gefahrloses Operationsverfahren zur Heilung des grauen Staares*, 1863) uniknąć niebezpieczeństwa, grożącego rogówce. Chcąc mianowicie ułatwić gojenie się rany i zapobiedz ropieniu rogówki, pozostał on wprawdzie przy dawnem cięciu płatowem, ale przeniósł je z rogówki przeźroczystéj, pozbawionéj naczyń, na sam brzeg rogówki i twardówki, bogaty w naczynia krwionośne. Gdy jednak z tak obwodowem położeniem cięcia łączy się z jednéj strony zbyt wielkie, prawie nieuniknione niebezpieczeństwo opadnięcia tęczówki, z drugiéj strony wielka skłonność do pęknięcia obwódki Zinna i upływu ciałka szklanego, widział się Jacobson zniewolonym zapobiegać pierwszemu wycinaniem szerokiego kawałka tęczówki, ostatniéj zaś głębokiem odurzaniem, do którego chory średnio 6 do 8 uncyj chloroformu zużywał. Operując w ten sposób osiągnął Jacobson niebywałe przedtem, pomyślne wyniki, gdyż na 100 ócz stracił dwa skutkiem zropienia rogówki. Mimo tak świetnych wyników nie upowszechnił się przecież ten sposób operowania, głównie z powodu potrzeby tak długiego i głębokiego odurzania, a w części także z powodu zeszpecenia i olśnienia, na które narażało wycięcie s z e r o k i e g o kawałka tęczówki k u d o ł o w i.

Na innéj drodze szukali zbawienia zwolennicy zapatrywania, że główne źródło groźnego niebezpieczeństwa po wydobyciu zaćmy tkwi w tęczówce. Wykazanie przez Graefego (1855), że wycięcie szerokiego kawałka tęczówki jest dzielnym środkiem leczniczym w przypadkach przewlekłych zapaleń téj błony, a skutecznie zapobiega ich nawrotom i następstwom, nasunęło Moorenowi (*Die verminderten Gefahren einer Hornhautvereiterung bei der Staarextraction* 1862) myśl wykonywania irydektomii na kilka tygodni, a przynajmniéj na 14 dni przed przystąpieniem do wydobycia zaćmy. Zamierzał on w ten sposób nie tylko zmniejszyć niebezpieczeństwa, wynikające z naciągnięcia i ugniecenia tęczowki przez występującą z oka twardą zaćmę, ale także usunąć szkodliwy wpływ, jaki na przebieg gojenia po operacyi wywierają pozostałe w oku szczątki zaćmy, a zarazem zapobiedz opadaniu tęczówki w rankę. Bardzo pomyślne wyniki tego sposobu postępowania nie zdołały przecież zjednać mu zwolenników i rozpowszechnić go jako zwykły zabieg operacyjny. Przyczyną tego łatwą do zrozumienia jest potrzeba wykonywania dwóch operacyj, którym w wyjątkowych przypadkach chory poddać się wprawdzie musi z konieczności, których uniknięcie atoli w przypadkach zwykłych zarówno dla chorego jak i dla lekarza jest pożądanem, zwłaszcza, gdy nigdy na pewne przewidzieć nie można, czy późniéj nie zajdzie potrzeba jeszcze trzeciéj, dodatkowéj operacyi, jak rozcięcie zaćmy wtórorzędnéj, irydektomii, irydotomii itp. (C. d. n.)

II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVI.

Bąblowiec wątroby, śmierć naturalna, czy skutkiem urazu?

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

D. 10 lipca doniosła żandarmeryja, że Tekla N., około lat 40 licząca, d. 3 lipca siedziała na piecu razem z Naścią R., pijąc wódkę; z pieca ściągnął ją mąż Fed. N. i bił ją ręką tak, że z ust i nosa krew jéj się puściła. Ułożona na łóżku Tekla N. wkrótce potem umarła, a 4 lipca pochowaną została. Fed. N. lat 40 liczący, przesłuchany podaje, że Tekla N. była głupkowatą, nałogową pijaczką i często skarżyła się na ból we wnętrzu, jednak nie chorowała obłożnie. Przyznaje, że ją d. 3 lipca ściągnął z pieca, skutkiem czego upadła na ziemię, że ją następnie uderzył dwa razy po twarzy, potargał za włosy i nogą bosą kopnął w pośladki; krwawienia z ust i nosa nie widział.

Wskutek owego doniesienia i częściowego przyznania się Feda N. do pobicia żony, sąd polecił ekshumacyję i sekcyję zwłok, która wykonaną została d. 12 lipca przez Dr. M. i chir. T. z następującym rezultatem:

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: 1. Twarz zmieniona zupełnie, nie do poznania, obrzękła. Język wystaje z ust obrzękły, a obok niego sączy się ciecz brunatno-czerwona. 2. Cała tylna powierzchnia zwłok jest zsiniałą, prawie czarną, przyskórek w dużych pęcherzach poduiesiony, częściowo zaś już zlazł; nacinano skórę w wielu miejscach, aby można odróżnić przesączyny krwi pośmiertne od siniaków, a względnie podbiegnięć krwi za życia powstałych. Temu porównawczemu badaniu zawdzięczyć należy, że znaleziono na krzyżach 2 sińce, które na oko przedstawiają się jako sińce brudno niebieskawo-czarne, nie ściśle odgraniczone, rozległości nieco więcéj niż pół dłoni. W tych miejscach po nacięciu skóry obficie tłuszczem podesłanéj, w tkance tłuszczowéj widać zna

czne podbiegnięcie krwi, które mogłoby nawet być objawem pośmiertnym, tem jednak nie jest, gdyż w głębi znaleziono krew skrzepłą tak w naczyniach, jako też wynaczynioną. 3. Oprócz tych dwóch sińców zealeziono siniak duży na lewem biodrze, rozległości dłoni i jeszcze większy na zewnętrznéj stronie górnéj $^1/_4$ części uda lewego. Zresztą na plecach zsiniałych wskutek rozkładu i na kończynach dolnych nie znaleziono żadnych śladów obrażeń za życia powstałych. 4. Zmarła liczyć mogła około 40 lat, była dobrze i silnie zbudowaną, wzrostu średniego. Brzuch silnie wzdęty. Części płciowe zewnętrznie silnie zbrzęknięte, która obrzękłość po nacięciu zaraz znika. Na piersiach, t. j. w górnéj 3 ciéj części mostka widać plamę śniadawo czarną, nie ściśle odgraniczoną, otoczenie jéj szare, lecz nie tak silnie — tak, że czyni to miejsce wrażenie, jakobyśmy mieli do czynienia z siniakiem rozległym, za życia powstałym. Po nacięciu głębokiem skóry i tkanki tłuszczowéj takowa okazuje silne przekrwienie, lecz żadnych skrzepnięć krwi. Oprócz tego nie znaleziono na kończynach dolnych żadnych złamań, ani też siniaków, a jedynie jednostajną zielonawą szarość jako zgniliznę 3-go stopnia. Na prawem przedramieniu oprócz plam sinawo czarnych, pręgowatych, odpowiadających rozgałęzieniu żył, co jest przesączyną pośmiertną, linearne zaledwie 1 cm. długie, 2 mlm. szerokie, poprzeczne, zaschłe starcie skóry za życia powstałe. Zresztą nic więcéj osobliwszego nie znaleziono a wskutek uwagi sędziego, że zmarła miała dostać policzek, ponownie nacinano zesiniałą wskutek zgnilizny twarz i nie znaleziono nic, z czegoby wnosić można, że istotnie miała być uderzoną; tak samo i na głowie.

Oględziny wewnętrzne: 5. W klatce piersiowéj płuca zapadłe nie wypełniają nawet w połowie klatki, osobliwie zaś płuco prawe. Takowe wyjmuje się łatwo, nigdzie nie przyrosłe; przy ucisku wszędzie daje się czuć poduszkowato, samo jest szare, marmurkowate, konsystencyja jednostajna. Przy nacięciach wydziela ciecz drobno pęcherzykowatą, czarno krwawą, któréj jest więcéj w częściach tylnych, co jest jedynie objawem fizycznym, spowodowanym spadnięciem krwi swym ciężarem. 6. Płuco lewe nieco większe przyrosłe w dole tak do klatki piersiowéj, jako też przepony. Po oddzieleniu przyczepień wyjęto płuco. W górnym płacie znaleziono zupełnie prawidłowe stosunki; dolny płat silniéj przekrwiony i twardy na powierzchni okazuje niezwykłą szarość, czarną barwę w postaci plam różnéj wielkości, miejsca te nacięte okazują stożkowate, twardsze i czarniejsze miejsca prawie bezpowietrzne, właściwe chorobie, która powstaje po zatkaniu naczyń nagłem, przez ciało wprowadzone w obieg krwi, stale zatykające i tamujące krążenie w płucach. Po nacięciu wspomnianego płatu znaleziono nieprawidłową zbitość, a oskrzela ugniecione. Zaraz wpada w oczy, że niektóre miejsca noszą na sobie jakoby mąkę kukurudzaną grubą. Ziarnka wielkości maku, lub nieco mniejsze napełniają prawie zupełnie naczynia płuca tego, wypełniają je jakoby kiszeczki, a przy dotknięciu masa ta ziarnkowa jest dość szorstka, przy rozcieraniu zaś podatną, rozchodzi się w masę gipsowatą, tłustą, ale przytem postępując za naczyniami ku centrum, wszędzie napotka się tę samą masę ziarnistą we większéj lub mniejszéj ilości i tak dochodzi się do tętnicy płucnéj, w któréj krąży krew żylna, która również na ścianach wewnętrznych obsiana jest powyższemi ziarnkami. 7. Worek sercowy rozszerzony, ściany tegoż obficie na zewnętrznéj, jako też na wewnętrznéj stronie obrosłe tłuszczem, serce powiększone silnie, obie komórki rozszerzone, ściany cienkie, obrosłe tłuszczem. Mięśnie po części zanikłe, brudno blado-brunatne. Na nożu pozostają oczka tłuszczu. Zastawki prawidłowe wszystkie, prawa komórka, jako też przedsionek rozszerzony mieszczą w sobie ziarnka gipsowate lub zwapniałe, dające się rozetrzeć. 8. *Vena cava inferior*, żyła, prowadząca krew z organów brzusznych, rozszerzona nosi również ślady tych konkrementów. Takowa przyrośnięta do wiązadeł wątroby, a odpowiednio rowkowi prostopadłemu, odpowiednio wewnętrznemu dolnemu brzegowi prawego płatu okazuje otwór o brzegach rozszarpanych zkąd wchodzi się we worek żółtéj barwy, przestronny, skurczony, dość gruby, wewnętrzna jego powierzchnia nie równa, nosi również zgipsiałe ziarnka. Przy badaniu skonstatowano, że to nie jest dwunastnica, ani też pęcherz żółciowy, lecz torebka wągra (*Echinococcus Blase*), która wskutek przesączenia się żółci obficie w pęcherzu żółciowym nagromadzonéj został, żółto zabarwiony. 9. Wątroba ogromnie powiększona, żółć w niéj widocznie była zatrzymaną, istota jéj krucha i przez rozkład dziurkowata. Ona sama wypycha ku górze przeponę i zajmuje $^1/_3$ część górną brzucha. 10. Z jamy brzusznéj i to prawéj strony wylewa się około 150 gramów cieczy galaretowatéj, żółtawéj, pochodzącéj z torbiela wągrowatego, teraz przypadkowo poszarpanego. Żołądek prawidłowy wewnątrz zawiera ślady pokarmu i to chleba razowego. Wewnętrzna strona tegoż okazuje na fałdach błonę śluzową zgrubiałą, ciemno czerwoną, przekrwioną, więc wnosimy o katarze chronicznym żołądka. Jelita cienkie, jako też grube zawierają kał i nie noszą żadnych śladów jakiejkolwiek choroby. Nerki ułożone w pokładzie obfitego tłuszczu oprócz przekrwienia zastoinowego po nacięciu nie okazują żadnych chorobowych objawów. Macica na ustach zewnętrznych okazuje wrzodziki kataralne, rana jest wielkości prawidłowéj i ma ślady kataralnego chronicznego zapalenia wewnętrznéj powierzchni. Pęcherz moczowy próżny, nie schorzały. 11. Badając oponę brzuszną (*omentum majus*), spostrzeżono w mesenterium wachlarzowatéj opony jelit kilka ciał twardych (4) wielkości od orzecha laskowego do wielkości włoskiego, a nawet nieco większych, które przy wyłuszczeniu przedstawiają się jako zwapniałe konkrementa, w środku próżne, a to jest niczem innem, jak takiemi samemi wągrami jak na wątrobie, zaniklemi, gdzie kokki zaginęły. 12 Śledziona nieco powiększona, *vena lienalis*, jako też jéj rozgałęzienia wypchane ziarnowatemi konkrementami, jak żyła płuca lewego. 13. Po zdjęciu ogłowia na wewnętrznéj stronie nie znaleziono żadnych sińców. Czaszka proporcyjonalna. Po odpiłowaniu sklepienia czaszki przy pukaniu dłutem kości nigdzie nie brzęczą i są prawidłowo grube. Opona twarda, blada Mózg zmieniony w śmietankowatą, brudno szarą masę. Wprawdzie na tylnym odcinku płatu prawego mózgu znaleziono większą ilość krwi mazistej, czy jednak to jest wynaczynienie za życia powstałe, czy też zmianą pośmiertną, dziś przy tym rozkładzie ani wykluczyć, ani też utrzymywać nie można. 14. Na tem sekcyję zakończono i wypytywano się o symptomata przedśmiertne. Dowiedziano się co następuje. Kobieta badana chorowała dłuższy czas, cierpiała nudności, często puchła, nie miała należytego apetytu, dlatego piła obficie napoje spirytusowe. Pobicie ograniczyło się do tego, że dostała policzki 1 lub 2 i była kilka razy kopaną, po upływie jednéj lub więcéj godzin nagle zmarła w cudzym domu.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące

Orzeczenie: Badana zmarła śmiercią nagłą, bo wskutek embolii płuca lewego, która to embolija powstala przez pęknięcie nagłe pęcherza wągra (*Echinococcus hepatis*) do *vena cava inferior*, ztąd dostały się konkrementa wapienne tegoż pęcherza do prawego serca i do żyły płuca lewego, dlatego płuco zatkane przestało funkcyjonować i nastąpiła śmierć. Konkrementa te zatykające dostały się do żyły lewego płuca, gdyż ta żyła przebiega krócéj i prościej, aniżeli prawego, również dostały się do śledziony wskutek regurgitacyi krwi z żyły *cava inferior*. Badana cierpiała wskutek swéj choroby dłuższy czas i z powodu zastoju krwi musiała często puchnąć.

Obrażenia zadane za życia (4 sińce na krzyżach i biodrze pod 2. i 3. opisane) narzędziem tępem, ciężkiem, możliwie zaś wskutek upadnięcia na ciało ciężkie, uważamy za lekkie, pociągające za sobą zaledwie 2 do 3 dniowe nadwerężenie zdrowia, z powodu zaś osobliwszego usposobienia cielesnego przez obalenie badanéj na brzuch i prawdopodobnie kopnięcie lub pchnięcie w krzyże i biodro przez ucisk ciała pękł pęcherz wągra i spowodował śmierć, poprzedzoną prawdopodobnie zsinieniem i dusznością. To samo jednak mogło powstać, gdyby badana była upadła na brzuch lub uderzyła się. Nagły zaś zgon po obrażeniu przemawia za związkiem pośrednim obrażenia wyż opisanego ze śmiercią przyspieszoną.

Matka zmarłéj Maryska M. zeznała, iż Tekla od dłuższego czasu chorowała, a nawet w zimie w łóżku leżała, nogi jéj puchły, skarżyła się na boleści wewnętrzne, oraz, że ją coś dusi w gardle. W ostatnich czasach wprawdzie nie leżała, ale nie robiła nic i pijała.

Naścia R. podała, że Tekla przyszła do niéj dn. 3-go lipca i wypiła jeden kieliszek wódki „dla bólu w środku.“ Fed ściągnął ją za włosy z pieca, wskutek czego upadła na wznak: potem Fed uderzył ją dwa razy po twarzy tak, że krew z ust i nosa wystąpiła, następnie kopnął ją nogą bosą, lecz nie wie, w którą część ciała. Leżała z $^1/_2$ godziny na ziemi, nic nie mówiąc, choć oczy miała otwarte. Sewko, mąż zeznającéj nadszedłszy, położył Teklę na łóżku, gdzie w kwadrans potem umarła. W podobny sposób zeznaje Sewko R.

Sąd uważając orzeczenie obducentów za „niedosyć jasne i stanowcze“, przesłał akta Wydziałowi, prosząc o odpowiedź na pytania następujące:

1) Co było bezpośrednią przyczyną śmierci Tekli N. i co przyczynę tę wywołało?

2) Czy spostrzeżone obrażenia śmierć wywołały:

a) z powodu ogólnéj swéj natury,

b) z powodu szczególnego usposobienia zmarłéj,

c) z powodu okoliczności przypadkowych, śród których zadane zostały,

d) z powodu przyczyn pośrednich, jednak przez czyn wywolanych i

e) czy śmierci można było zapobiedz przez pomoc wczesną?

Orzeczenie Wydziału Lek. opiewało jak następuje

Na pytanie 1-sze: Najbliższą przyczyną śmierci Tekli N. było uduszenie się skutkiem zatkania tętnicy płucnéj. Zatkanie to nastąpiło wskutek pęknięcia bąblowca (*Echinococcus*) wątroby do żyły głównéj dolnéj, zkąd masa pęcherzy bąblowcowych i soli wapniowych dostała się porwana prądem krwi do prawéj połowy serca, a ztąd do tętnicy płucnéj. Wynik sekcyi pozostaje więc w zgodzie z zeznaniem świadków, jako Tekla N. od dłuższego czasu była schorzałą.

Na pytanie 2-gie: Obrażenia, sprawdzone na zwłokach, a za życia zadane, powstały wskutek uderzenia narzędziem tępem, lub upadnięcia i uderzenia się o podstawę twardą. Obrażenia te same przez się stanowią tylko lekkie uszkodzenie cielesne i dlatego jako takie bezpośrednio nie wywołały śmierci.

Pęknięcie bąblowca wątroby zazwyczaj następuje skutkiem samego wezbrania treści płynnéj pęcherza bez przyczynienia się szkodliwości zewnętrznéj i w warunkach jak u denatki wywołuje śmierć. Tem bardziéj nastąpić ona może, jeżeli osoba chora doznaje wstrząśnienia silnego, jak wśród upadnięcia, lub uderzenia narzędziem tępem. W danym przypadku trudno nie przypuścić związku przyczynowego pomiędzy pęknięciem bąblowca a obrażeniem, którego doznała Tekla N., skoro bezpośrednio po ściągnięciu jéj z pieca, uderzeniu i kopnięciu pozostała na ziemi bez przytomności i wkrótce umarła. Z tego więc powodu orzec wypada, że w danym razie obrażenie, jakkolwiek samo przez się lekkie, stało się dla Tekli N. śmiertelnem, jednak tylko z powodu właściwego ustroju osobistego zmarłéj i z powodu szczególnego jéj stanu, a pomoc lekarska, gdyby nawet spiesznie udzieloną została, nie byłaby w stanie śmierci zapobiedz.

Tak więc Wydział Lekarski w zupełności potwierdza orzeczenie pp. obducentów.

Przypadek niniejszy jest dosyć rzadki, jakkolwiek pod względem sądowo-lekarskim nie nastręczał trudności. Uderzenie, które innym razem byłoby sprawiło zaledwie lekkie uszkodzenie ciała, faktycznie stało się śmiertelnem, bo śmierć wywołało, jakkolwiek pęknięcie bąblowca mogłoby nastąpić i bez urazu. Takie przypadki śmierci były powodem dawniejszéj nauki o stopniach śmiertelności (*Lethalitätsgrade*), obecnie i słusznie porzuconych; dawniéj przypadek ten byłby uznany jako uszkodzenie nie *absolute*, lecz *per accidens lethale*. Teraz prawodawstwo żądając odpowiedzi na powyżéj wyszczególnione pytania, nie przestaje uważać podobnych przypadków za śmiertelne uszkodzenia, ale obowiązkiem sądów jest w takich przypuszczać okoliczności winę łagodzące, a tem samem wymierzać karę mniéj dotkliwą.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Gould: O wpływie światła elektrycznego na oczy.

Wyniki badań G. są następujące: 1) Światło elektryczne jest sposobem oświetlania przyszłych czasów i pod względem hygienicznym zasługuje pod każdym względem na pierwszeństwo przed światłem gazowem. Publiczność powinna na to zważać, aby w wszystkich salach towarzyskich, teatrach, większych przedsionkach, kościołach, czytelniach tylko tego oświetlenia używano. 2) Uprzedzenie publiczności przeciw światłu elektrycznemu nie jest usprawiedliwione. Szkodliwy wpływ spostrzegano dotychczas tylko u badaczy i u robotników, przy świetle elektrycznem zatrudnionych, którzy przez dłuższy czas i bardzo blisko bez ochrony za pomocą barwnych okularów narażali oczy na działanie tego światła. Światło takowe w zamkniętych przestrzeniach jest niewygodne z powodu migotania i w tem zastosowaniu stoi niżéj od ulepszonego żarzącego się światła Edisona. 3) Wpływ szkodliwy na oczy polega nie na przeważaniu chemicznych fioletowych i pozafioletowych promieni świetlnych, lecz na większem nasileniu fal świetlnych. 4) Objawy choroby oczu polegają na czasowem, przemijającem porażeniu siatkówki, środkowych mroczkach (*scotoma*), powidokach itd. W przeciągu 24-ech godzin występuje silny światłowstręt, łzawienie, ból w oczach, wrażenie obecności ciał obcych między powiekami, nawał i przekrwienie spojówki. 5) Choroby oczne u wymienionych osób trwają 2 do 3 ech dni, każą dobrze rokować i można je łatwo usunąć przez wkraplanie kokainy i atropiny, jakoteż za pomocą letnich wilgotnych okładów. 6) Robotnicy i badacze, którzy przez dłuższy czas i w blisko-ści zajmują się światłem elektrycznem, powinni zawsze nosić okulary barwne. W pracowniach topienia powinni fabrykanci starać się, aby robotnicy posługiwali się powyższemi szkłami i aby twarzy, szyi i rąk nie wystawiali na działanie światła elektrycznego, lecz aby te części ciała ochraniali za pomocą odpowiednich pokryć. (*St. Pet. m. Woch.* 1889, Nr. 23).

Dr. Baschkopf.

Patologija.

E. Neuenkirchen: O wyzyskiwaniu ciężaru gatunkowego i zawartości białka patologicznych przesączyn i wypocin do klinicznego ich oceniania.

Wyniki téj pracy, opierającéj się na materyjale 268-miu przypadków szpitala powszechnego w Rydze, są następujące: 1) Opłucnowe i otrzewnowe przesączyny i wypociny, cechują się, stósownie do swego pochodzenia, rozmaitemi ciężarami gatunkowemi. a mianowicie: średnia wartość ciężaru gatunkowego najmniejszą jest w przesączynach opłucnowych i otrzewnowych, które są następstwem choroby Brighta; po nich posiadają wyższy ciężar gatunkowy płyny otrzewnowe w marskości wątroby, potem następują otrzewnowe i opłucnowe przesączyny w ogólnym zastoju żylnym, następnie ciecz przesączynowa w raku wątroby, potem wypociny opłucnowe i otrzewnowe w raku opłucnéj i otrzewnéj, daléj wypociny w samoistnem i gruźliczem zapaleniu opłucnéj, a w końcu posiadają najwyższy ciężar gatunkowy wypociny w ropnem zapaleniu opłucnéj. 2) Celem prognostycznego oceniania poszczególnego przypadku można użyć zmian ciężaru gatunkowego po kilkakrotnie powtarzanych funkcyjach tylko z wielką ostrożnością. Wogóle przemawia zmniejszanie się ciężaru gatunko-

wego w takich przypadkach za pogorszeniem się ogólnego stanu chorego i posiada pod względem rokowania złe znaczenie. Wyniki ilościowego oznaczania białka w patologicznych płynach jam ciała ogłosi N. w najbliższym czasie. (*St. Petersb. med. Woch.*, 1889, Nr. 13). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

A. Biach: **O nowych środkach przeciwgorączkowych.**

Chinolina jest silną trucizną. Wogóle przypisują jéj wybitne własności przeciwgnilne, niektórzy chwalą bardzo pędzlowanie 5% roztworem w błonicy, inni odmawiają jéj skuteczności. Przeciwgorączkowe działanie jest najczęściéj bardzo niepewne, najkorzystniéj brzmią podania jeszcze co do duru. Bardzo częstem działaniem ubocznem są wymioty, środka więc tego jako przeciwgorączkowego polecić nie można. Kairyna nie okazała się dobrą. Wprawdzie obniża ona pewnie gorączkę i ma sprowadzić mianowicie u chorych na zapalenie płuc euforyję, szkody jednak są bardzo znaczne i różnorodne. Dawkę należy w każdym przypadku ostrożnie oznaczyć, działanie trwa tylko krótko, podwyższenie ciepłoty następuje bardzo często wśród dreszczów i potów, także spostrzega się często sinicę i zapad; czerwone ciałka krwi tracą tlen. Doniesienia o uderzająco korzystnem działaniu są bardzo rzadkie (w durze, zapaleniu płuc, ostrym gośccu stawowym). Daleko korzystniéj brzmią doniesienia o antipyrynie, obniża ona z pewnością gorączkę, działanie to trwa długo, podwyższenie ciepłoty następuje często wśród potu, rzadko z dreszczami. Niebezpieczne objawy uboczne: sinica, zapad, wymioty, obfite poty, są względnie rzadkie. Wogóle chwalą przytłumiający wpływ na układ nerwowy. Równie korzystnym jest wpływ na tworzenie się ziarniny w wrzodach atonicznych. Przy miejscowem zastosowaniu działa dość pewnie hemostatycznie. Talina jest zbyteczną; działanie jéj nie trwa długo i łączy się często z dreszczami, potami i zapadem. W każdym razie nie ma ona żadnéj zalety przed chininą, antipyryną, salicylanem sodowym. Bardzo korzystnie brzmią zapiski o antifebrynie, która pewnie obniża gorączkę, działanie to trwa długo, a objawy uboczne są rzadkie; przewód pokarmowy dobrze ją znosi; dotknięci durem dobrze ją znoszą, choć na przebieg choroby wpływu nie wywiera. Suchotnicy rzadko doznają nieprzyjemnych objawów ubocznych. W ostrem wielokrotnem zapaleniu stawów działa ona znakomicie. Najcenniejszem jest jéj uspakające działanie na układ nerwowy; nerwobóle różnego rodzaju, bóle gośćcowe, bóle tabetyków ustępują pewnie lub przynajmniéj zmniejszają się. Prócz tego okazuje ona wybitne działanie nasenne. Po długiem używaniu nastaje przyzwyczajenie. O fenacytynie jeszcze sądu wydać nie można. (*St. Pet. m. W.*, 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

A. Katz (Wiedeń): **O wpływie rozmaitych leków na sztuczne trawienie.**

K. przytacza cały szereg prac, zajmujących się wpływem istot obcych w żołądku na przebieg trawienia i tak omawia doświadczenia L. Wolberga o wpływie rozmaitych soli i najwięcéj w medycynie używanych alkaloidów na powyższą sprawę i wytyka błędy w jego postępowaniu. Fabini i Fior znaleźli zgodnie z doświadczeniami na zwierzętach, że jodek potasu w ilości 0·25 do 0·50% zawarty w treści trawienia przeszkadza peptonizowaniu białka. Stosunek organicznych i nieorganicznych połączeń żelaza do sztucznego trawienia badał Düsterhoff, który znalazł, że sole żelazne kwasów organicznych w wysokim stopniu upośledzają trawienie pepsynowe. Nowy sposób badania powyższego przedmiotu wprowadził Klikowicz: po 4—6 cio godzinnem trawieniu przy 40°C. zobojętniał płyn, obecne jeszcze białko oddzielał częścią przez gotowanie, częścią przez strącenie kwasem octowym i chlorkiem sodu i oznaczał w przesączu pepton polarymetrycznie. Wogóle polegały dotychczasowe badania na tem, że utworzoną ilość peptonu obliczano za pomocą polarymetru albo przez oznaczenie czasu, w przeciągu którego krążek białka został strawionym. Pierwszego sposobu nie można ogólnie użyć i wymaga on wielu przyrządów, ostatni zaś zasługuje z powodu licznych błędów na zupełne wykluczenie. Wskutek wezwania prof. Osera badał K. powyższy przedmiot w szpitalu Rothschilda. Wychodząc z zapatrywania, że tylko oznaczenie wytworów końcowych trawienia może dać miarę o przebiegu téj sprawy, starał się K. przedewszystkiem oznaczać w treści trawienia ilość wytworzonych peptonów. K. oznaczał pepton przez oznaczenie azotu według Vjeldahla, sposób ten jest dostatecznie dokładny i da się ogólnie łatwo zastósować. Jako wynik swych badań otrzymał K. zwolnienie trawienia przez chlorek morfiny i sulfonal, ostatni przy dawce przekraczającéj 3 gramy, przyspieszenie trawienia przez sole chininowe. Inne leki badane: siarkan atropiny, azotan strychniny, wodnik chloralowy, arsenian potasowy, sulfonal w mniejszych, jak wyżéj podanych, dawkach, nastój strofantu, ale i *tinctura nucis vomicae* i kreozot nie wywierały wpływu na trawienie. (*W. med. Bl.*, 1889, Nr. 27—29). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

E. Becker (Gietynga): **O chorobach następowych po otruciu gazem tlenko-węglowym, w szczególności o przypadku przebiegającym na wzór wielokrotnego rozsianego stwardnienia środkowego układu nerwowego.**

47 lat liczący robotnik miał w zakładzie, służącym do wytwarzania gazu, oczyszczać skrzynie, w których przez suchą destylacyję węgli kamiennych wytwarzający się gaz świetlny, przed dostaniem się do gazometru, oczyszczał się z niepotrzebnych wytworów ubocznych. Nie znając jednak budowy przyrządu, nie mógł zapobiedz wypływaniu gazu, przez wdechanie którego nastąpiła zupełna utrata przytomności. Wydobyty po 10-ciu minutach na świeże powietrze, popadł w gwałtowne kurcze, podczas których źrenice były różnie szerokie i oddziaływały leniwo, oczy w nieustannym ruchu; ciepłota skóry znacznie podwyższona, a na niéj liczne różowe plamy, krew o barwie jasno czerwonéj. Chory, leczony w klinice prof. Ebsteina, dostawał podskórnie 0·1 ergotyny 4 razy dziennie. Po 8-miu dniach kurcze ustąpiły, przytomność powoli wracała. W miejsce okresu drgawek wystąpił okres ogromnego znużenia i równocześnie stwierdzono niedowład lewéj połowy ciała. Podawano bromek potasu i długo trwające kąpiele z bardzo dobrym skutkiem. Chory nie miał najmniejszéj pamięci o tem, co się z nim stało od dnia nieszczęścia, mowa stała się powolną, monotonną, wyraźnie skandującą, drżenie rąk przy zamierzonych ruchach. Omawiając kliniczne doświadczenia o chorobach następowych po otruciu tlenkiem węgla, twierdzi B., że otrucie gazem świetlnym można tłómaczyć działaniem tlenku węgla i uważać je za proste otrucie tlenko-węglowe i możemy wszystkie kliniczne i anatomiczne doświadczenia otrucia CO przenieść na zatrucie gazem świetlnym. Trujące działanie gazu tłómaczą jedni uduszeniem sprowadzonem brakiem tlenu, inni zboczeniami w krążeniu krwi, a jeszcze inni przypisują usypiające działanie na środkowy układ nerwowy. Wpływ tlenku węgla na ustrój jest rozmaity: rozróżnia się otrucie ostre, kończące się wyzdrowieniem albo śmiercią i przewlekłe, objawiające się głównie zboczeniami w trawieniu. Od przewlekłego otrucia CO należy odróżnić choroby następowe występujące głównie w zakresie nerwów lub po za ich obrębem. Co do ostatniego, zdarzają się względnie często choroby narządów oddechowych, jak zapalenie płuc, przedewszystkiem połykowe, co B. tłumaczy dostaniem się podczas wymiotów, w tem otruciu tak częstych, pokarmów do dróg oddechowych, bez wywołania odruchowego kaszlu u ludzi wtedy nieprzytomnych, daléj zboczenia narządu trawienia, zmiany w mięśniach (zgorzel) w skórze (rozległe plamy różowe, pęcherzyki, bąble, liszaj). Co się tyczy tłómaczenia powyższego przypadku, przypuszcza trzy możliwości: 1) Mogą istnieć kliniczne objawy *Scleros. mult.* bez anatomicznych zmian w środkowym układzie nerwowym. 2) Objawy te mogą być następstwem licznych drobnych krwotoków lub ognisk rozmiękczynowych w środk. ukł. nerw. 3) Może się dopiero wytwarzać *Scler. mult.* z wielokrotnych drobnych wynaczynień lub ognisk rozmiękczenia w środk. ukł. nerw. (*Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 28). *Dr. Baschkopf.*

G. Klemperer (Berlin): **O rozstrzeni żołądka i jéj leczeniu.**

K. spostrzegał 17 przypadków rozstrzeni żołądka bez zamknięcia odźwiernika i przy téj sposobności omawia ich

patogenezę i leczenie. 1) Patogeneza: 1) W jakim stosunku stoi zawartość kwasu do rozstrzeni? Na 17 przypadków 4 miały kwasotę zmniejszoną, dwa prawidłową, siedm podwyższoną. Wartości te oznaczał ilościowo według śniadania próbnego z mleka. Przypadki rozstrzeni z brakiem kwasu solnego, okazujące często znaczne ilości kwasów organicznych, wzbudzają zawsze podejrzenie raka. Z 8-miu chorych wykazano u trzech raka przy sekcyi, pięciu po spostrzeganiu dwuletniem znajduje się w znośnym stanie; rozstrzeń jest następstwem przewlekłego nieżytu, względnie przyczyn takowy sprowadzających. 7 przypadków rozstrzeni z nadmierną kwasotą nasuwa pytanie, czy rozstrzeni nie należy tłómaczyć skurczem oddźwiernika z powodu podwyższonéj zawartości kwasu. Celem wyjaśnienia tego stosunku wskazuje autor na 21 przypadków czystéj zwiększonéj kwasoty, przez siebie badanych, które dzieli na 2 działy, stósownie do tego, czy siła ruchowa żołądka dobrze była utrzymaną czy osłabioną. Do stwierdzenia siły motorycznéj służyło postępowanie za pomocą oliwy według Klemperera. W pierwszéj grupie siła motoryczna dobrze jest utrzymaną; chorzy okazują objawy niestrawności nerwowéj, jestto czysta nerwica wydzielnicza i ta postać nadmiernéj kwasoty nie prowadzi do rozstrzeni. Druga grupa przedstawia zmniejszoną siłę wydzielniczą, a dzieli ją według etyjologii na dwie części: a) takie przypadki, w których powiększone wydzielanie i osłabienie ruchu jest następstwem zadrażnienia pokarmami grubemi lub zbyt obfitemi, b) przypadki nadmiernéj kwasoty, w których nie można wykazać pierwotnego zadrażnienia i gdzie osłabienie motoryczne polega prawdopodobnie na nieczynności nerwu błędnego, a czynnikiem pierwotnym jest wynikające ztąd dłuższe zatrzymywanie się pokarmów w żołądku. 2) Leczenie: Pytanie, czy wybitna rozstrzeń może jeszcze ustąpić, rozstrzyga dodatnio; wyleczenie uważa za możliwe w przypadkach ostrych, a nawet przypuszcza, że tygodnie trwające rozszerzenie może jeszcze ustąpić po usunięciu przyczyny. Głównem zadaniem jest podnieść zmniejszoną czynność motoryczną, aby dostatecznie treść żołądka dostawała się do jelit, a najważniejszym czynnikiem jest tu wybór potraw. Najczęściéj zapisują czystą dyjetę białkową, a K. stwierdził, że w rozszerzonym żołądku tylko bardzo małe ilości ulegają wessaniu. Kiśnienie przy żywieniu tłuszczem i skrobią można ograniczyć przez wypłukanie. Dostateczne ilości tłuszczu i skrobi są bezwarunkowo potrzebne, ponieważ koniecznem jest częściowe odrodzenie się mięśni żołądkowych. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Leopold Fischer: **O sposobach leczenia zapalenia gruczołu krokowego z szczególnem uwzględnieniem przerostu tego gruczołu.**

F. sądzi, że zapalenie gruczołu krokowego u młodych osób występuje jako choroba samodzielna, szczególnie u tych młodzieńców, którzy zanadto używają swych części rodnych, a rzadko tylko w następstwie przebytéj rzeżączki. Daléj twierdzi, że u wiekowych ludzi rozwija się przerost tego gruczołu w następstwie rzeżączki i zwężeń cewki moczowéj, w przeciwieństwie do innych, którzy uważają przerost wspomnianego gruczołu za chorobę samodzielną wieku starczego. W zapaleniu gruczołu krokowego poleca wczesne jego nacięcie z strony międzykrocza. Jako skuteczny środek w przeroście tego gruczołu zaleca przyrząd do tuszowania profesora Nussbauma, za pomocą którego rzuca się strumień zimnéj wody na międzykrocze. W końcu omawia inne sposoby leczenia przerostu, jak elektryzowanie, mięsienie, wprowadzanie cewnika i zabiegi krwawe w celu doszczętnego wyleczenia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Dr. Baschkopf.

R. Suchler: **Przyczynek do chirurgicznego leczenia guzów kiszki ślepéj.**

Liczba operacyj na kiszce ślepéj celem usunięcia guzów nie jest wielką, przynajmniéj nie znalazł S. ani jednego przypadku w wielkich dziełach zbiorowych (archiwie Langenbecka, rocznikach Schmidta i w francuskiéj encyklopedyi), a tylko w „*Jahresb.*“ Virchowa-Hirscha nieliczne przypadki. Tu opisany jest przypadek Heuka, rak kiszki ślepéj i dwunastnicy, który w 4 godziny po operacyj skończył się śmiertelnie; przypadek Thierscha: operacyja raka wyrostka robaczkowego z usunięciem wypukłéj części kiszki ślepéj aż do zastawki, skończył się 2-go dnia niepomyślnie. Przypadek Maydego (*W. m. Pr.*) dotyczył raka kiszki ślepéj, zabieg ominięto przez założenie odbytu nieprawidłowego. Wobec tego, że względnie mało wykonano operacyi na kiszce ślepéj, zasługuje następujący przypadek na uwagę: U 32-letniego mężczyzny można było wykazać macaniem guz, który położeniem należał do kiszki ślepéj, gruczoły tylko w prawéj pachwinie powiększone. S. rozpoznał guz kiszki ślepéj bez możności rozstrzygnięcia, czy jest rakiem, czy gruźlicą. Ze względu na objawy szybko powiększającego się zamknięcia jelit wykonał operacyję: cięcie równolegle do więzadła Pouparta, usunięcie kawałka sieci pokrytego przerzutami, poczem przekonano się, że guz ogranicza się do kiszki ślepéj i dolnéj części kiszki wstępującéj, usunięcie gruczołów zwyrodniałych, powyżéj i poniżéj guza, odcięcie jelita, którego końce połączono podwójnym szwem Czernego; przebieg bez oddziaływania, chory wyzdrowiał. Badanie drobnowidowe guza przez prof. Zieglera wykazało gruźlicę warstwy podśluzowéj i zewnętrznych warstw jelita. (*B. k. Woch.*, 1889, Nr. 27).

Dr. Baschkopf.

Choroby skórne i weneryczne.

Mesnet: **O stosunku obłąkania porażennego do kiły mózgu.**

M. przytacza statystykę Mendla, która z obecności objawów wtórorzędnych u 75% paralityków wnioskuje, że kiła sama przez się może wywołać *Encephalitis interstitialis.* M. zaś przeciwnie twierdzi, że porażenie ogólne nie ma pochodzenia swoistego, że raczéj powstaje z rozmaitych przyczyn, jak wybryków, nadmiernego wytężenia się, nadużywania wyskoku, kiły, a działanie tych czynników należy tłómaczyć wywołaniem ogólnego rozstrojenia nerwowego. Pod względem rozróżnienia zauważa M., że kiła mózgu wywołuje ogniska ograniczone, podczas gdy porażenie sprowadza zmiany rozlegle na powierzchni mózgu. Pod względem klinicznym podnosi, że kiła mózgu wprawdzie sprowadza te same objawy, co porażenie, ale ma przebieg mniéj prawidłowy i już w kilka tygodni dochodzi i do takiego okresu, do jakiego porażenie potrzebuje miesięcy. To odnosi się do okresów początkowych, aż występuje niedołęstwo. Tu kiła mózgu przez lata całe może się nie posuwać, podczas gdy porażenie zniszczenie daléj rozszerza. Wybitna różnica występuje w urojeniach; paralityk okazuje urojenia wielkości, w kile mózgu urojenia mają cechę skromności i bojaźliwości. M. przychodzi do wniosku, że nie należy niedołęstwa porażennego mieszać z kiłą mózgową, że mamy dostateczne podstawy rozróżniające, że *Paralysis generalis* jest i pozostanie chorobą *sui generis.* (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1889, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

IV. Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj,

skreślił

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

W innym, choć nie mniéj pożytecznym kierunku, rozwijają swą działalność stowarzyszenia pań: „*Societé pour la propagation de l'Allaitement Maternel*“ i „*Societé de l'Enfance*“, z których pierwsze położyło sobie za zadanie, aby jak największa ilość matek karmiła swe dzieci, drugie zaś roztoczyło opiekę nad wiekiem niemowlęcym, udzielając zapomogi matkom i ich dziatwie. Towarzystwa te łącznie z komitetem tak zwanéj „*Assistance publique*“ wystawiły nader zajmujący zbiór kołysek i ubiorów dziecięcych, używanych we Francyi od czasów dawnych aż do chwili obecnéj. Wystawa ta daje należyty pogląd, jaki postęp zrobiła nauka pielęgnowania niemowląt, jak zwolna nauczyły się matki coraz większą swobodą otaczać ciała noworodków, porzucając dawne uciążliwe dla niemowląt krępowania. Naśladowania godnym jest przykład umieszczania niemowląt w hamakach nad łóżkiem, lub zaraz około łóżka matczynego, co zapobiega tylu nieszczęśliwym przypadkom zaduszenia dzieci przez niedbałe mamki, lub nawet twardo śpiące, a niezbyt troskliwe matki.

Obok tych dość zajmujących działów wystawy przesu-

wają się przed naszemi oczami szpitale większych miast francuskich, wykonane miniaturowo, nadto zakłady dla ślepych i głuchoniemych, sposoby ich nauczania, ich roboty, nieraz podziw wzbudzające itp.

Na ścianach przyległych pawilonów widać tablice, unaoczniające śmiertelność w Paryżu skutkiem chorób zakaźnych, oraz we wszystkich prawie departamentach Francyi. W pawilonach tych i w ubikacyjach odpowiednio urządzonych widać dezinfektory różnych systemów, wychodki pokojowe, już w sposób mniéj lub więcéj kosztowny urządzone, tak pojedyncze, jak i zbiorowe, nadto różnego rodzaju przyrządy do przesączania wody (filtry) i plany rozprowadzenia wody, otrzymanéj z wodociągów po zakładach i mieszkaniach.

Pod względem wzorowego urządzania wychodków, wanien z różnego rodzaju natryskami, i umywalni, odznacza się szczególniéj fabryka Doultona (*Construction d'appareils sanitaires — Doulton et Com., Ingénieurs sanitaires*), która zatrudnia w swych warsztatach 5000 robotników i już podczas wystawy paryskiéj w roku 1878 zdobyła sobie wielką nagrodę w postaci krzyża legii honorowéj. Nader zgrabnie wygląda namiot wychodkowy, zrobiony z żelaza (*Chalet de nécessité*), a w miastach naszych większych, jak Lwów i Kraków, szalety tego rodzaju rozrzucone w różnych punktach miasta z pewnością nie szpeciłyby placów lub zakątków, oddawałyby zaś mieszkańcom i obcym przybyszom potrzebne usługi. W szkołach wzorowo urządzonych, fabrykach i innego rodzaju zakładach, w których mieści się znaczna ilość osób, nie zawsze obeznanych z użyciem water-closetów, znakomitą usługę oddałyby wychodki splukiwane wodą już przy zamykaniu lub otwieraniu drzwi prowadzących do wychodków. Nawet drzwi te zatrzaskują się same, a wówczas otwiera się zastawka i woda ze zbiornika wpada przez rurę silnym strumieniem popod deski wychodka i spłukuje doszczętnie kał tamże zatrzymany. Całe urządzenie takiego wychodka kosztuje 144 franków, urządzenie zaś wychodka pokojowego 44 franków.

Taż sama fabryka wyrabia filtry do przesączania wody zanieczyszczonéj, a środkiem oczyszczającym wodę jest węgiel połączony z nadniedokwasem manganezu (*bioxyde de manganèse*). Doulton twierdzi, że filtry tego rodzaju, nazwane przez niego *Filtres au charbon manganate* potrafią w znakomity sposób oczyścić wodę zakażoną nawet przez różne jady chorobotwórcze, albowiem węgiel połączony z nadniedokwasem manganezu w wysokiéj bardzo ciepłocie bez przystępu powietrza, nie przepuszcza żadnych zgoła zanieczyszczeń do przesączu. Aby utrzymać taki przyrząd w najlepszym stanie, należy co 8—15 dni zmieniać slupek węglany, a użyty wystawić na działanie powietrza, aby się połączył z kwasorodem, czyli, aby się lepiéj utlenił, poczem znów staje się znakomitym środkiem filtrującym wodę. Wynalazek węgla połączonego z nadniedokwasem manganezu przypisać należy Drowi Bernaysowi, profesorowi chemii w szpitalu św. Tomasza w Londynie. Przyrząd do filtrowania o pojemności 10-litrowéj kosztuje 30 franków, a słupek węglany według wielkości od 6—10 franków.

Fabryka Hermanna-Lachapelle, reprezentowana przez J. Boulleta et Comp. (*Paris — Rue Boinod* 31—33) wystawiła słynne filtry Chamberlanda, systemu Pasteura. Środkiem czyszczącym wodę w tych znów przyrządach jest rura z porcelany porowatéj, aby zaś rura ta zdatną była do ciągłego użytku, należy ją po pewnym czasie z przyrządu wydobyć, powierzchnię jéj starannie oczyścić szczoteczką i zamoczyć w wodzie wrzącéj, a potem jeszcze w piecu lub nad gazem wyprażyć, przezco wszelkie mikroby z pewnością zniszczonemi zostaną. Filtr mogący być używanym nawet w podróży o jednéj rurze czyszczącéj, kosztuje 20 franków, o trzech rurach 35, a o 10 rurach 60 franków. Przyrządy tego rodzaju mogą być również używanemi do przesączania wina, któreby skutkiem zagotowania mogły stracić smak delikatny i woń przyjemną.

Fabryka C. Buhringa (*Paris, Rue des Pyramides 19*) przedstawiła bardzo tanie filtry węglane (*Filtres en charbon plastique poreux*), albowiem przyrząd przesączający 35 litrów na godzinę kosztuje zaledwie 25 franków, a fabryka Varrall-Brisse (*Paris, Rue de Belzunce 26*) przedstawiła znów filtry kombinowane używając do oczyszczania wody różnych środków oczyszczających, porowatych (*appareils à filtration multiple*).

Najrozmaitsze wreszcie przyrządy, mające zastósowanie w hydroterapii i aeroterapii, oraz różne przyrządy do wziewań już to kwasorodu, już to azotu, kwasu fluorowodowego itd., spirometry i pneumometry, wystawila fabryka Waltera-Lecuyer (*Paris, Rue Montmartre 138*).

Miłe wrażenie wywiera wystawa wód mineralnych francuskich, a prym pod tym względem trzyma wystawa wód Vichy umieszczona w osobnym kiosku.

Celem popierania rozwoju zdrojowisk niektórych zawiązało się Towarzystwo z kapitałem 725.000 franków (*Societé française des Eaux Minerales*), a towarzystwo to anonsuje wodę żelezistą (*Reine au fer*), wodę słoną i zarazem brom zawierającą (*Eau de Sierck — Lorraine*), wodę jodową (*Bondonneau*), wytryskującą koło Montélimar nad Rodanem i zawierającą dość znaczną ilość kwasu węglowego (*la plus jodurée des eaux minerales et la seule jodurée et gazeuse*) — a wreszcie wodę zawierającą znaczną ilość kwasu węglowego (*Source de Perles de Vals*). Umyślnie przytoczyłem te szczegóły, aby wykazać, że na obczyźnie celem popierania rozwoju zdrojowisk i wysyłki wód mineralnych o szumnych nazwach choć nie zawsze odpowiadających zaufaniu, zaraz znajdą się krociowe kapitały, a u nas w kraju obfitującym z pewnością w nierównie bogatsze zdrojowiska, rozwój tychże napotyka na tyle przeszkód, na tyle nieufności a częstokroć i złéj woli.

Na zakończenie mego krótkiego sprawozdania muszę kilku słowami dotknąć również kwestyi socyjalnéj w dziedzinie hygieny, t. j. budowy domów dla robotników. Maisons Ouvrières zajmują dość spory kawał placu przeznaczonego na wystawę higieniczną i stoją rzędem pobudowane jeden koło drugiego. Domy te mają ziścić ideał, aby za stosunkowo tanie pieniądze stworzyć mieszkania wygodne choć skromne, i odpowiadające zarazem najzupełniéj warunkom higienicznym. Przeważnie widzimy tu domki piętrowe, mieszczące na parterze jeden pokój skromnie urządzony, do którego przylega kuchnia, t. j. pokój przeznaczony do pobytu za dnia, załatwiania spraw rodzinnych i zarazem służący za jadalnię, na piętrze zaś znajduje się sypialnia robotnika i jego rodziny, a na poddaszu strych widny. Życzyćby sobie należało, aby po naszych miasteczkach nie robotnicy, ale ludzie ze sfer inteligentnych mogli zamieszkiwać domki z takim komfortem zbudowane, wówczas nie byłoby tyle przypadków ciężkich chorób zakaźnych wśród tych skazańców losu, a pobyt dla kół inteligentnych na prowincyi nie byłby połączony z tylu przykrościami i nie zmuszałby ich do dokładania wszelkich starań, aby się skupiać li tylko w stolicach kraju. Z tego też małego działu wystawy wychodziłem z uczuciem przykrem w sercu i myślałem, kiedy to kraj nasz dojdzie nareszcie do tego stopnia oświaty i dobrobytu, aby pomyśleć o podobnych domach dla naszych rzemieślników i robotników, kiedy stosunki higieniczne naszych miast i miasteczek polepszą się do tego stopnia, aby się przynajmniéj w części zbliżyły do powyżéj nakreślonego ideału, i do najskromniejszych pod względem higienicznym wymagań. Nie pomogą tu narzekania na biedę, tu trzeba racyjonalnéj oświaty a przedewszystkiem muszą zdrowe zasady higieny przeniknąć najszersze warstwy i muszą być krzewione przez dusz-pasterza i nauczyciela ludowego, aby wyplenić przesądy i ciągłe oglądanie się na to, że tak żyli praojcowie i było im dobrze i długo żyli, aby nadto usunąć przekonania fatalistyczne, że przeznaczenia co do choroby i śmierci nikt uniknąć nie zdoła, wszelkie zatem poprawki pod względem lepszego budowania chat i domów i zachowania czystości dookoła tychże są zbyteczne.

Na tem kończę sprawozdanie z wrażeń odniesionych podczas pobieżnego przestudyjowania części lekarskiéj wystawy paryskiéj; przyznaje chętnie, że jest ono pod wielu względami nie dość wyczerpującem, lecz usprawiedliwić mnie powinna ta okoliczność tak łatwa do zrozumienia, że wśród natłoku najrozmaitszych wrażeń łatwo można było niejedną

nawet uwagi godną rzecz przeoczyć lub też chwytając ją w pospiechu i przelocie o niéj zapomnieć, gdyż w mózgu znużonem nadmiernie ciągłą pracą obejmowania przeróżnych, a niezwykłych wrażeń pozostało zaledwie miejsce na najwybitniejsze sprawy, których reprodukcyję starałem się przelać na papier i z niemi się z łaskawymi czytelnikami Przeglądu podzielić.

Sprawozdanie z 15-go wiecu stowarzyszenia niem. dla higijeny publicznéj w Strasburgu.

Podał

Dr. J. Buszek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Na posiedzeniu drugiem: Tajny radca sanitarny prof. Dr. v. Ziemssen z Mnichowa przedstawił rzecz o zakładach dla ozdrowieńców. Przedmiot ten jest zarówno ważnym ze względów lekarskich, jak higijenicznych, socyjalnych i administracyjnych. Nie jest on nowym dla Niemiec, tylko nie oceniano go dotąd dostatecznie ze stanowiska higijenicznego i ekonomicznego. Francyja i Anglija wyprzedziły Niemcy pod tym względem. We Francyi od 17-go wieku istniały tego rodzaju zakłady, a Napoleon III żywe obudził dla nich zajęcie u publiczności. Jemu zawdzięcza swoje istnienie zakład w Vincennes i Vessinet z 500, względnie z 400 łóżkami. Oprócz tych posiada Francyja wiele prywatnych zakładów tego rodzaju dla położnic i dzieci. Anglija zajmowała się zakładami dla ozdrowieńców już w zeszłem stuleciu, lecz dopiero w bieżącem powstały one głównie z ofiarności prywatnéj. Obecnie ma ich Anglija 157 z 5000 łóżkami. Z tych 47 jest cały rok otwartych, reszta przeważnie tylko w lecie. Sprawę opieki nad ozdrowieńcami poruszył w Niemczech głównie Dr. Gueterbek. Dotąd istnieją domy dla ozdrowieńców w Mnichowie, Frankfurcie n. M., w Strasburgu, Berlinie w Lichtenfeld, Norymberdze i Lipsku. Powstały one głównie nakładem osób prywatnych, są budowane za miastem z ubikacyjami dla 3—4 osób. I Wiedeń ma taki zakład w Waehring ze 100 łóżkami. W Paryżu silniejsi ozdrowieńcy, kiedy już mogą starać się o robotę, znajdują w samem mieście bezpłatne pomieszczenie na kilka dni.

Opieka nad ozdrowieńcami jest tylko częścią opieki publicznéj nad chorymi. Dzisiaj niepodobna trzymać chorego w szpitalu aż do zupełnego wyzdrowienia, bo szpitale są prawie stale przepełnione. Chory zresztą sam chce wrócić wcześniéj do domu, aby co zarobić na utrzymanie rodziny. Tymczasem ozdrowienie nie postępuje tak szybko w szpitalu, bo trudno tam o zupełnie czyste powietrze. Zresztą ozdrowieńcy, jako słabi z mniejszą odpornością, łatwiéj zapadają na choroby zaraźliwe. Jeżeli zaś ozdrowieniec wraca wcześniéj do do domu, nie znajduje tam korzystnych warunków dla rychłego i zupełnego ozdrowienia. Brak tam dobrego powietrza, dostatecznego i należytego odżywienia, a co gorsza, za wcześnie musi się ozdrowieniec zabierać do roboty. Jeżeli uzyska jakie wsparcie z kasy stowarzyszenia dla chorych, to najczęściéj obraca je na wódkę. Pobyt dla ozdrowieńców nie żonatych w zakładzie jakim najwięcéj jest pożądanym tak dla sług i wyrobników, których nie ma kto przyjąć w opiekę, jak od razu nie opłacą się za mieszkanie. I wpływ moralny, pod jakim można utrzymać ozdrowieńca w zakładzie, jest wielkiéj wagi. Zwykle uczucie wdzięczności za wyleczenie odzywa się u ludzi po przebyciu ciężkiéj choroby i wtedy można na nich bardzo zbawiennie działać pod względem etycznym. Chociaż gmina zyskuje wiele przez zakłady dla ozdrowieńców, to przecież nie można zwalać na na nią całego ciężaru. Ofiarnością publiczną powinny one istnieć, a gminy powinny się tylko pewnym datkiem do tego przyczyniać.

Drugi referent, starszy burmistrz Strasburga Back, nawiązując swoje przemówienie do wywodów poprzedniego mowcy, podał szczegóły dotyczące domu dla ozdrowieńców, istniejącego w okolicy Strasburga pod nazwą „Hospital Lovisa." Powstał on z funduszów prywatnych. Mieści w sobie ozdrowieńców ze szpitali nadsyłanych i z miasta, daléj dzieci zołkowate, a nawet na kolonije wakacyjne dzieci wysyłają. Obstaje za tem, aby domów dla ozdrowieńców nie stawiano za daleko za miastem, gdyż chodzi przecież o to, aby uzyskać świeże powietrze dla chorych, a nie nałożyć zanadto wydatków na przewożenie chorych, nie utrudniać ich odwiedzanie i wyszukiwanie roboty dla ozdrowieńców.

Przewodniczący przedstawił następnie następujące tezy: 1) Zakłady dla ozdrowieńców są niezbędne dla każdéj gminy; 2) przemawiają za tem nie tylko względy lekarskie, ale także socyjalne i administracyjne; 3) urządzać i utrzymywać je nie jest zadaniem wyłącznem państwa albo gminy, tylko głównie do tego przyczyniać się musi ofiarność osób prywatnych; 4) powinno się takowe łączyć ze szpitalami i zaprowadzić w nich zarząd jak najprostszy i najtańszy; 5) ponieważ one mają cechę familijną, nie powinny przybierać za wielkich rozmiarów (nad 100 łóżek); 6) kwalifikują się do nich w pierwszym rzędzie ozdrowieńcy po ostrych chorobach, po uszkodzeniach, operacyjach, położnice, w drugim rzędzie chorzy z cierpieniami przewłocznemi, gdy się te zaostrzą; 7) wykluczyć z nich należy umysłowo chorych, z padaczką, chorych odrażających, z cierpieniami chirurgicznemi i skórnemi, z kiłą i nałogowych pijaków; 8) warunkiem do przyjęcia musi być moralne zachowanie się kandydata.

W rozprawie nad temi tezami zwrócono uwagę, że zakłady dobrze urządzone dla ozdrowieńców istnieją także w Genewie, Lozanie, a budują je w Miluzie i Elberfeld, poczem zgromadzenie uchwaliło: Przyjmuje się uwagi referentów z podziękowaniem i uznaniem za stanowisko, jakie przy opracowaniu tak ważnego przedmiotu zajęli

Drugim przedmiotem tego samego posiedzenia było: Jak zapobiegać gruźlicy. Referentem téj sprawy był profesor Dr. Heller z Kielu. Gruźlicę wywołuje swoisty grzybek i w rzędzie chorób zakaźnych jest ona najgroźniejszą, bo zwykle sprowadza bardzo przewłoczne cierpienie i zabiera najwięcéj ofiar. W Niemczech n. p. umiera skutkiem niéj 150.000 ludności. Na 10.000 umarło w Gotha 25, w Strasburgu 35, we Wiedniu 77. Najwięcéj wyrywa gruźlica ofiar w wieku od 16—20 roku życia. Dzieci w pierwszym tygodniu życia są od niéj wolne. W miastach więcéj osób z niej ginie, aniżeli po wsiach, chociaż i odwrotny stwierdzono stosunek w Hohenzollern. Najwięcéj szerzy się za pomocą plwociny. Suchotnik wyrzuca naraz w 1 mm. sz. plwociny zwykle około milijon prątków gruźliczych, przy jednem wykaszleniu około 30 milijonów, a w ciągu doby około 720 milijonów. Posługaczki szpitalne giną najczęściéj z gruźlicy; 62% wymiera ich około 30 roku życia, podczas gdy wstępując do służby w wieku od 18—20 roku życia były zupełnie zdrowe. Często udzielać się musi gruźlica za pomocą mleka. I dla tego dziwnem się wydawać musi, gdy chorym poleca się używać mleka surowego. W rzeźni w Kiel stwierdzono gruźlicę u krów w roku 1880 u 14%, w Hohenzollern nawet u 50%. Ponieważ gruźlica pod względem ekonomicznym zadaje najcięższy cios każdemu państwu, przeto koniecznem jest użyć wszelkich środków przeciwko jéj szerzeniu. Przeciwko szerzeniu téj choroby drogą odziedziczenia wystąpić skutecznie nie możemy. Aby zapobiedz przenoszeniu się jéj, radzi referent przedewszystkiem pilnie przestrzegać higijeny szkolnéj, należy izby szkolne regularnie oczyszczać i w każdéj gminie sprawić przyrządy do odwietrzania, aby w nich można odwietrzać rzeczy, jakie były w styczności z osobami cierpiącemi na gruźlicę. Rozciągnąć się powinno dozór nad mamkami, akuszerkami i posługą szpitalną, jako też nad osobami zajmującemi się przyrządzaniem i sprzedażą potraw. Ile możności nie powinno się suchotników wpuszczać w towarzystwa, a nad szpitalami, ochronami, więzieniami itp. zakładami najskuteczniéj może działać troskliwa higijena. Najwięcéj atoli może skutkować pouczanie publiczności w wszelki możliwy sposób, jak się zachować powinna, aby nie popaść w tę zabójczą chorobę. Bydło rzeźne powinno się badać i śledzić obory z bydłem gruźliczem. Głównie mleko powinno podlegać czujnéj kontroli co do swego pochodzenia. W rozprawie nad tym nader ważnym przedmiotem zwraca uwagę Dr. Dettweiler na to, że gruźlica szerzy się najczęściéj za pomocą plwociny wyrzucanéj na posadzki i do chustek, gdyż z nich po wysuszeniu dostają się zarazki w powietrze. Okazał przytem własnego pomysłu spluwaczki szklane, dające się szczelnie zamknąć,

napełnione nieco płynem, jakich suchotnicy bardzo wygodnie mogą używać zamiast chustek. Zgromadzenie następnie uchwaliło: Przyjmuje się z wdzięcznością uwagi referenta w tem przekonaniu, że tak władze, jak i osoby prywatne, szczególnie zaś lekarze, zwrócą baczną uwagę na drogi, jakiemi szerzyć się może gruźlica i wszyscy wspólnie będą zwalczać tak groźną chorobę.

Posiedzenie trzecie i ostatnie wypełnił referat o higijenie kolejowéj ze względu na podróżnych. Jako referent, tajny radca budowniczy Wichert z Berlina zwrócił uwagę na to, że podróżujący i to głównie popadający w tak zw. gorączkę podróżną wywodzą żale przed dyrekcyjami kolejowemi na rozmaite niedogodności, lecz kiedy się te skargi porównywa, widać z nich, że bardzo często co jedni potępiają, to drudzy chwalą. Mimo to zarządy kolejowe uwzględniają życzenia podróżującéj publiczności, naturalnie, o ile na to stosunki ruchu kolejowego i dochody pozwalają. Budowa wagonów ma zaspokoić wymogi bezpieczeństwa. T. z. *coupé* budują z komunikacyją zewnętrzną i wewnętrzną. Siedzenia urządza się na miarę średniego człowieka, dlatego i oparcie nie może być dla wszystkich dogodne zarówno. W I. i II. klasie wyścielenie tłumi turkot. I ochrona ócz jest ważna w wagonach. Czytać nie powinno się w wagonie i referent z tego powodu jest za słabszem ich oświetleniem. Najtrudniejsza kwestyja do rozwiązania dla wagonów, to kwestyja ogrzewania i oświetlania. Dotąd uznają ogrzewanie za pomocą pary za najlepsze. Aby podróżnych powstrzymać od wystawiania głowy z wagonów i uchronić ich od możliwego zapalenia ócz i wpadania kawałeczków węgla w oczy, poosadzano w oknach pręty, lecz te musiano wydobyć, ponieważ dały raz powód do spalenia się podróżujących, nie pozwalając im wydobyć się na zewnątrz. Dla wzywania pomocy w czasie napadu lub jakiego niebezpieczeństwa są w pociągach linki bezpieczeństwa i hamowidła. Naturalnie, że nie mogą one pomódz przeciwko sztucznemu usypianiu. Niewłaściwem jest postępowanie, gdy konduktorzy trzymają pewną część wagonów zamkniętych, kiedy podróżni wsiadają, aż się inne zapełnią. W coupé pierwszéj klasy wolno palić, jeżeli się na to wszyscy towarzysze zgadzają. W pociągach pospiesznych powinno się zachować pewne coupé dla kobiet i dla niepalących. Urządzenia w wagonach dla zagrzewania mleka dla dzieci może być pożytecznem, ale dotąd jeszcze nigdzie nie zaprowadzone. Jeżeli jeden podróżny życzy sobie zamknąć okno w coupé od strony wiatru, inni muszą na to przystać. Bardzo wygodne są wagony oszklone dla wyglądania, jak n. p. w Szwajcaryi, wagony salonowe dla chorych i jadalne. Dla pomocy chorym wożą w pociągach opatrunki dla chorych i leki. Wagony używane przez chorych głównie w czasie epidemij ulegają desinfekcyi. Postęp w urządzeniu wagonów co do wygody jest wszędzie widoczny.

Drugi sprawozdawca Dr. Loeffler z Gryfii opowiada o próbach, jakie czyniono w wagonach, przeznaczonych dla przewożenia rannych, aby w nich utrzymać należyte przewietrzanie. Da się to uskutecznić, jeżeli ogrzewanie wagonów będzie się stale odbywało od podłogi. Referent zwraca uwagę na możność zarażania się w wagonach. Temu mogą przedewszystkiem lekarze zapobiedz, aby nie dopuszczać przewożenia chorych zaraźliwych. Aby nie dopuścić szerzenia się gruźlicy na kolejach, powinno się ogłosić na stacyjach kolejowych zakaz, że nie wolno pluć w wagonach na posadzkę. W czasie cholery żąda referent ściśléj desinfekcyi wagonów przez cholerycznych zajmowanych. Choroby skórnéj na głowie można się nabawić w wagonie przez opieranie głowy o poduszki. Na stacyjach kolejowych wszędzie należy dostarczać gościom wody dobréj. Aby zapobiegać trzęsieniu w wagonach, należy używać dobrych wagonów do jazdy, osie dobrze smarować, wagony ściągać jak najsilniéj i szyny układać należycie. W rozprawie nad tym przedmiotem domagał się Dr. Gärtner z Jeny, aby wagony dobrze oświetlano osobliwie w zimie, aby w wagonach były spluwaczki i podwójne były w nich ściany, powały i podłogi, a to celem zapobieżenia przeciągom, nagłym zmianom ciepłoty i silnemu światłu. Inni mowcy domagali się lepszéj wentylacyi, oświetlenia i wody do picia.

Na tem zamknięto zjazd.

Ponieważ posiedzenia kończyły się zwykle po 1 godzinie, przeto popołudnie przepędzano na zwiedzaniu zakładów rozmaitych i budowli tak w samem mieście, jak i w okolicy. Wszystkich uwagę musiał zwrócić nowy uniwersytet ze wzorowem ogrzewaniem i przewietrzaniem, urządzeniem sal i dziedzińca. Licznie zwiedzano szpital miejski z pralnią dobrą i zakładem desinfekcyjnym, zakład fizyjologiczno-chemiczny, zakład psychijatryczny, klinikę położniczą i chirurgiczną, należące do najlepiéj urządzonych, nową rzeźnię, połączoną z targowicą bydła, domy dla ubogiéj ludności, hale targowe, nową szkołę realną ze wzorowem urządzeniem wewnętrznem, zakład dla ozdrowieńców, nową pralnię wojskową i koszary Manteuffla, jako też teatr z urządzeniem niezwykłem dla bezpieczeństwa publiczności na przypadek ognia. Wielkie budził zajęcie pomiędzy zwiedzającymi wodociąg, stacyja do pompowania wody i zbiornik wody, daléj zakład dla obłąkanych, dom ubogich i ogłupiałych, budowa kanału, służącego do odprowadzania wody z Ill przy wysokim stanie wody.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Dla wyświecenia sprawy w tym kierunku niechaj posłużą następujące przykłady. Do Brzezin w powiecie żydaczowskim powróciła w roku 1887 chora dziewczyna ze służby w Rozdole, gdzie podówczas zachodziły sporadyczne przypadki tyfusu. Z powodu zaniedbania wszelkich środków ostrożności, głównie jednak z powodu spóźnionego doniesienia, rozszerzyła się choroba tak dalece, że w téj gminie liczącéj 1.181 głów w ciągu siedmiu miesięcy zachorowało 537 osób (z tego 403 dorosłych) t. j. 44·6% całéj ludności, a umarło osób 60 czyli 5·1% ludności. W Petlikowcach nowych w powiecie buczackim zachorowało w r. 1887 także na tyfus z całéj ludności wynoszącéj 435 osób, 189 t. j. 43·4%. W Dulibach w powiecie bobreckim o ludności 839 głów zachorowało 267 osób t. j. 31·8%, umarło 37 osób t. j. 4·4% ludności. Do Zielonéj w powiecie Nadwórniańskim zawleczono tyfus w r. 1887 z aresztów jednego z c. k. sądów obwodowych. Trwała w téj gminie choroba ze zmiennem nasileniem dwa lata; zachorowało 165 osób, między temi 128 dorosłych. W Oskrzesińcach w powiecie rohatyńskim zachorowało w r. 1888 na tyfus plamisty 264 osób czyli 56·2% ludności miejscowéj, z chorych umarło 30 czyli 6% ludności. Do Inwałda w powiecie wadowickim zawlókł ospę wędrowny handlarz płócien i zaraz zachorowało tam 77 osób, z których uległo chorobie 20 itd., itd.

Wiele innych przykładów tego rodzaju możnaby z ostatnich lat przytoczyć, ale dla ilustracyi doniosłości środków zaradczych, o których wyżéj wspomniano, już i tych kilka przypadków wystarczyć powinno.

Ile dobrego policyja sanitarna zdziałać może w razie wybuchu chorób nagminnych, wskazują doświadczenia poczynione w ostatnich latach na Morawii. Od czasu organizacyi gminnéj służby zdrowia zmniejsza się tam stale śmiertelność z powodu chorób nagminnych. I tak w latach 1884 do 1887 zaszło 8.147, 8.194, 7.693 i 6.406 razem 30.440 czyli w przecięciu 7.610 przypadków śmierci z powyższéj przyczyny, podczas gdy w latach poprzednich od roku 1878 do 1883 było 15.089, 11.336, 12.195, 13.752, 9·681 i 7.974 czyli razem w 7 latach 70.027 w przecięciu 11.671. Zatem bezpośredniem następstwem organizacyi gminnéj służby zdrowia było zmniejszenie się przypadków śmierci z powodu chorób nagminnych o 35%.

Jeżeliby wskutek odpowiedniéj organizacyi gminnéj służby sanitarnéj w Galicyi śmiertelność z powodu chorób nagminnych zmniejszyła się choćby tylko o 30%, ocalonoby w ten sposób corocznie życia 17.760 ludziom.

Pominąwszy już względy ludzkości, które wobec Wysokiego Sejmu nie wymagają dalszego objaśnienia, należy zgubne skutki nadzwyczajnego szerzenia się chorób nagminnych w Galicyi oceniać także ze stanowiska interesów gospodarstwa społecznego, wystawionych na znaczny uszczerbek w dzisiejszym stanie rze-

czy. Wskutek samego tyfusu utraciła Galicyja w ostatnich 10 latach (1878—1888) razem 84.950 ludzi, czyli w pojedynczych latach 5.994, 7.207, 9.400, 9.344, 8.217, 8.318, 10.025, 9.324, 8.941 i 8.180, a zatem średnio 8.495. Ponieważ śmiertelność wynosi 8% chorych, przeto w każdym roku zachodziło w przecięciu 106.200 przypadków tyfusu. Jeżeli się przyjmie, że ze wszystkich chorych było co najmniéj 70% czyli 74.340 osób dorosłych t. j. zdolnych do pracy i jeżeli się daléj przyjmie, że każdy na tyfus chory, co najmniéj przez jeden miesiąc nie był zdolnym do pracy — to z takiego obliczenia wypływa roczna strata 2,230.200 dni roboczych, strata spowodowana jedną tylko chorobą zakaźną. Dla tak ubogiego kraju, jak Galicya, jest to strata zbyt znaczna i nie wymaga już dalszych objaśnień.

Obliczenie przeprowadzone w sposób powyższy co do wszystkich chorób nagminnych wykazałoby roczną stratę kilku milionów złr.

Na tem nie kończy się jeszcze szereg smutnych następstw chorób zakaźnych. Brak nam wprawdzie dokładnych dat statystycznych co do ilości osób wskutek ospy ociemniałych i co do ilości głuchoniemych wskutek przebytéj szkarlatyny lub dyfteryi. Nie podlega jednak żadnéj wątpliwości, że w Galicyi ilość ciemnych i głuchoniemych jest bardzo znaczną, gdyż co do liczby ciemnych przewyższa Galicyę tylko Salzburg i Karyntyja, a co do liczby głuchoniemych tylko te dwa kraje koronne i Styryja. Jakkolwiek przyczyny ślepoty są bardzo różne, należy jednak znaczną część wypadków nabytéj ślepoty przypisać ospie. Zatem w razie zmniejszania się przypadków ospy, zmniejszyłaby się także liczba osób ciemnych, a w razie zmniejszenia się przypadków szkarlatyny, dotykającéj bardzo często narządu słuchowego, zmniejszyłaby się niewątpliwie ilość głuchoniemych.

Około 35.000 dzieci umiera rocznie w Galicyi w pierwszym roku życia na „brak sił żywotnych". Komu jednak znany jest sposób życia ludu wiejskiego w Galicyi, ten przyznać musi, że trzecia część, a może nawet i połowa tych noworodków i małych dzieci padło ofiarą nieodpowiedniéj opieki. Są w kraju powiaty (Śniatyń, Horodenka, Tłumacz i sąsiednie), w których z nowonarodzonych dzieci połowa umiera już w ciągu pierwszego roku życia, jakkolwiek powiaty te posiadają bardzo urodzajną ziemię i nie widać nędzy u tamtejszego ludu.

Pouczenie rodziców o sposobie pielęgnowania noworodków i małych dzieci, mogłoby wielu ludziom życie ocalić, a właśnie takie pouczenie stanowiłoby jedno z głównych zadań lekarzy gminnych.

(Dokończenie nastąpi.)

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

19) N. W. z Załuża, cierpiąca na szał opilczy, przybyła z raną na czaszce nad kością ciemieniową lewą, 3 cm. długą i opuściła zakład 4 czer. wyleczona. 20) M. T. cierpiąca na szał gwałtowny przybyła d. 16 marca z licznemi sińcami i starciami na twarzy i kończynach. Opuściła zakład wyleczona d. 3 września. 21) M. Sch. cierpiąca na ogłupienie umysłu z porażeniami, przyjęta d. 19 marca z licznemi sińcami na twarzy, tułowiu, kończynach i licznemi starciami powierzchownemi. Chora zmarła d. 23 października na obrzęk płuc. 22) B. Sch. przybyła dn. 10 kwietnia z Zabłotowa z licznemi sińcamina kończynach i podudziach. Opuściła zakład dn. 28 za rewersem. Chora cierpiała na szaleństwo gwałtowne. 23) M. B. cierpiąca na szał opilczy, przybyła z Tyszkowic z licznemi sińcami na całem ciele, a żebra dwa prawe i trzy lewe są nieprawidłowo podane. Chora dotychczas pozostaje w zakładzie. 24) M. B. cierpiąca na szał gwałtowny przybyła z Rusina z licznemi rozlanemi, pręgowatemi sińcami po całem ciele; opuściła zakład wyleczona dnia 20 sierpnia. 25) F. P. D. ze Lwowa, przyjęta dnia 28 maja, cierpiąca na pomięszanie umysłu, pokryta była licznemi sińcami na tułowiu i kończynach. Chora opuściła zakład za rewersem dnia 18 czerwca. 26) Ch. Sch ze Lwowa przyjęta dnia 3 czerwca, cierpiąca na ogłupienie starcze, przybyła ze złamaniem żebra 5 go prawego; żebro zaś 3 prawe i 6-te lewe guzowate i bolesne, oprócz tego z licznemi sińcami po całem ciele. Chora opuściła zakład za rewersem dnia 21 sierpnia. 27) C. M. z Hryńkowiec, przyjęta d. 24 lipca, cierpiąca na szaleństwo gwałtowne, przybyła z licznemi sińcami pręgowatemi na kończynach i tułowiu. Opuściła zakład 17 października za rewersem. 28) E. T. z Drohobycza, przyjęta 8 lipca, cierpiąca na szał gwałtowny, przybyła z licznemi objawami uszkodzenia cielesnego, ze złamanym mostkiem i 3 i 4 żebrem po stronie lewéj. Doniesiono o tem sądowi. Sekcyja sądowa skonstatowała oprócz złomów zakażenie krwi i obrzęk mózgu. 29) A. B. cierpiąca na ogłupienie umysłu z porażeniami, przyjęta d. 30 lipca z licznemi sińcami i ze złomem żebra 3-go w linii sutkowéj. Chora opuściła zakład dnia 29 października jako nieuleczna a spokojna. 30) Ch. Sch. z Kolbuszowéj, cierpiąca na ogłupienie umysłu, przyjęta d. 20 czerwca, przybyła z licznemi sińcami na tułowiu i ze złomem 2 go żebra. Chora umarła d. 11 sierpnia, a sekcyja sądowa wykazała złom 2-go żebra prawego i obrzęk mózgu. Niesłychany jeszcze wypadek w szpitalach krajowych wydarzył się d. 15 września. Dozorca Mikołaj Kruk, posprzeczawszy się z Siostrą Miłosierdzia na oddziale chorych szalonych, obił ją kułakami i kopał nogami, tak że skutkiem tego Siostra Miłosierdzia dłuższy przeciąg czasu chorowała. Winny został odesłany do c. k. sądu i ukarany jednomiesięcznem więzieniem.

Wysoki Sejm przy uchwalaniu budżetu zakładu kulparkowskiego, na wniosek Wydziału krajowego przeznaczył w rubryce II., poz 15 dodatkową kwotę 174 złr. jako premię 10 dukatową dla dozorców Jana Balickiego, Antoniego Krzyżaka starszego i dla dozorczyni Anny Południak za przeszło 11-letnią służbę nienaganną. Dla wręczenia téj nagrody delegowaliśmy szefa Departamentu V., członka Wydziału krajowego Bereżnickiego i inspektora szpitali. Wobec zebranych dozorców i dozorczyń, którzy mogli oddalić się z sal, wobec Sióstr Miłosierdzia, lekarzy, urzędników zakładu i wielu spokojnych chorych, szef Departamentu V. przemówił do dozorców, podnosząc znaczenie téj uroczystości i zachęcając do naśladowania nagrodzonych, aby zasłużyć na podobne odznaczenie. Następnie każdemu z wyżwymienionych dozorców doręczył przeznaczoną mu nagrodę przy dźwiękach muzyki sprowadzonéj przez dyrektora zakładu.

Komisyja opieki nad obłąkanymi po obejrzeniu zakładu Kulparkowskiego w styczniu r. b. złożyła następujące sprawozdanie:

1) Komisyja uznaje zgodnie z oświadczeniem dyrektora, iż zakład Kulparkowski może pomieścić 550 chorych. Liczba ta rozkładająca się na 278 mężczyzn i 272 kobiet, przedstawia najwyższy stan chorych, jaki się zdarzył od czasu istnienia zakładu. Przeciętna liczba stanu chorych w r. 1888 wynosiła 517. Zarząd słusznie się starając, aby nie nastąpiło przeludnienie zakładu, z ujmą dla najkonieczniejszych warunków hygieny, przymusowo wydala chorych, uznanych za nieuleczych a spokojnych, byle stan chorych nie przekroczył cyfry 550. Dyrekcyja zakładu nie może odpowiadać za to, gdy wydalony nieuleczalny, rzekomo spokojny, powróciwszy na łono rodziny ulegnie pod wpływem stosunków dla swego życia psychicznego niekorzystnych odmianie swego stanu chorobowego i staje się częstokroć powodem nieszczęścia. Nie doradzając, jak przed laty było, aby nieuleczalnych umieszczać w szpitalach prowincyjonalnych, komisyja wnosi, aby zbudować na gruntach zakładu kulparkowskiego odpowiedni przybytek dla 200 chorych, jako filię dla nieuleczalnych, podobnie jak to się stało w Pradze. Z pomnożeniem liczby chorych zmniejszy się koszt utrzymania jednego chorego o różnicę, która w ogólnéj sumie snadnie pokryje po pewnym przeciągu czasu poniesione koszta nowéj budowy, a co najmniéj, zakład będzie mógł wyżywić i utrzymać wyższy o 200 osób stan chorych bez obciążenia budżetu normalnego. Z przyrostu 200 nieuleczalnych chorych byłaby jeszcze pod względem administracyi finansowéj zakładu ta korzyść, że możnaby z pomiędzy nich, jako przeważnie zdrowych cieleśnie i zdolnych do odpowiednich zajęć fizycznych utworzyć znaczny kontyngens sił roboczych, przydatny w tak rozległem gospodarstwie, jakie wszechstronnie prowadzi zakład kulparkowski. Umieszczenie 200 chorych nieuleczalnych w krajowym zakładzie stanowiłoby tylko małą część rozrzuconych po całym kraju obłąkanych i matołków. Właściwą troskę przynajmniéj o tych umysłowo upośledzonych, którzy nie ulegli jeszcze doszczętnemu zniedołężnieniu, którzy zatem w chwilach możliwego podniecenia umysłowego stają się niebezpiecznymi dla otoczenia, powinien przejąć na siebie kraj, jak to widzimy w innych krajach zachodnich, a nie gminy, ani też niezamożne zwłaszcza rodziny, które temu brzemieniu podołać nie mogą, jakie na nie wkłada pielęgnowanie i dozorowanie obłąkanego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Tytus Chałubiński †

ur. w roku 1820 w Chociwku pod Radomiem, † dnia 4 listop. 1889 r. w Zakopanem.

Po kilkoletnich ciężkich cierpieniach umarł prof. Chałubiński w ukochanem swem Zakopanem, które jemu zawdzięcza głównie swój rozwój. Uczeń akademii wileńskiéj, następnie uniwersytetu dorpackiego uzyskał on stopień doktora w Würzburgu w roku 1844; osiadłszy w Warszawie otrzymał wkrótce posadę prymaryjusza w tamecznym szpitalu ewangielickim, a następnie w szpitalu Dzieciątka Jezus; w roku 1859 powołany na katedrę patologii i terapii, oraz kliniki chorób wewnętrznych pozostał na téj posadzie aż do roku 1871, to jest aż do zaprowadzenia języka rosyjskiego jako wykładowego i wykształcił kilka pokoleń lekarzy, którzy z wielkiem uwielbieniem wyrażali się o jego wykładach. Głośny lekarz. cieszący się wielkiem powodzeniem i uznaniem w praktyce, napisał kilka rozpraw lekarskich i przyrodniczych. Mając nadzieję, że ktoś z kolegów, co bliżéj znał nieboszczyka zechce ocenić stanowisko i zasługi jego naukowe, poprzestajemy nateraz na téj wzmiance o dotkliwéj stracie, któréj doznała medycyna polska przez śmierć jednego z najbardziéj znanych w kraju praktyków i zasłużonych kierowników młodzieży. Niechaj mu lekka będzie ta ziemia, którą tak pokochał!

* **Kraków** d. 7 listopada. Na wczorajszem posiedzeniu przed rozpoczęciem porządku dziennego przemówił przewodniczący z powodu wiadomości o śmierci Dra Chałubińskiego następującemi słowy: „Doszła nas smutna wiadomość o śmierci Dra Tytusa Chałubińskiego. Jakkolwiek po za naszem Towarzystwem, mąż ten, jako były profesor szkoły głównéj w Warszawie i w nauce lekarskiéj znany przez kilka cennych prac swych, szczególniejsze położył zasługi dla medycyny polskiéj w kierunku dydaktycznym, wykształciwszy całe pokolenie lekarzy w Królestwie. Uznając więc te zasługi, a zarazem oceniając dzielnego obywatela i patryjotę Towarzystwo lekarskie krakowskie oddaje cześć zmarłemu przez powstanie. Wieniec na grób w imieniu Towarzystwa wysłano już, a żonie ś. p. Chałubińskiego proponuję posłać telegram następujący: „Towarzystwo lekarskie krakowskie przesyła żonie ś. p. Chałubińskiego wyrazy najszczerszego żalu i najgłębszego współczucia z powodu zgonu znakomitego lekarza i dzielnego obywatela.“ Następnie prof. Browicz zdaje sprawę i dodaje niektóre szczegóły do pracy swéj o rozklejaniu się istoty kitowéj beleczków mięsnych serca, oraz okazuje preparaty mikroskopowe odpowiednie. W dyskusyi zabierają głos kol. Blumenstok, Cybulski, Obaliński i prelegent. W końcu kol. Szymkiewicz przedstawił pacyjentkę, u któréj dokonał ekstrakcyi, u następnie replantacyi zęba trzonowego dolnego, oraz opowiedział historyję tego przypadku.

* Rektor Korczyński, jako referent komisyi sanitarnéj w Sejmie galicyjskim wygotował sprawozdanie o projekcie rządowym, dotyczące urządzenia służby zdrowia w gminach. W sprawozdaniu tem dochodzi do wniosków: 1) Sejm uchwali ustawę o urządzeniu służby zdrowia w miastach, dla których wydaną została osobna ustawa gminna. 2) Sejm wzywa Rząd, aby przedstawił nowy projekt o urządzeniu służby zdrowia w gminach, gdyż zdaniem Sejmu skarb państwa powinien się przyczyniać do urządzenia służby zdrowia w gminach. 3) Ażeby uczynić zadość potrzebie nagłéj, Sejm wstawia po 30 000 złr. na 3 lata do dyspozycyi Wydziału krajowego, celem ustanowienia organów służby zdrowia w niektórych przynajmniéj miejscowościach. 4) Sejm wzywa Rząd, aby ustanowił w Uniw. Jagiell. zakład higijeniczny wraz z katedrą higijeny i aby zaprowadził obowiązkowe wykłady higijeny we wszystkich seminaryjach nauczycielskich w Galicyi.

* Radosna dochodzi nas wiadomość. Otóż na wczorajszem posiedzeniu Sejmu galicyjskiego komisarz rządowy oświadczył, iż na mocy Cesarskiego postanowienia z d. 6 sierpnia Wydział rolniczy w Uniw. Jagiellońskim otwartym zostanie w roku przyszłym.

* W Nrze 24 tygodnika naszego poruszyliśmy sprawę tak zw. kas dla chorych i wyraziliśmy przekonanie, że najodpowiedniejszem do początkowania w téj sprawie będzie Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie. W rzeczy saméj już d. 24 lipca r. b. Rada zawiadowcza tego Towarzystwa rozesłała okólnik do wszystkich lekarzy, w którym podała kolegom sposób postępowania w celu obrony interesów stanu naszego. Nie widzieliśmy potrzeby powtórzenia elaboratu tego obszernego i wyczerpującego, skoro wszyscy lekarze go otrzymali; jednak w Nrze 33 oświadczyliśmy, że podzielamy w zupełności zasady w okólniku wypowiedziane i zachęciliśmy kolegów, aby na te zasady się zgodzili i przy nich wytrwale obstawali. Nie wiemy atoli dotąd, czy wszyscy koledzy podpisali załączoną do okólnika deklaracyję i takową Towarzystwu l karzy galicyjskich odesłali. Przeciwnie mamy niejaką podstawę do przypuszczenia, że nie wszyscy żądaniu temu uczynili zadość, nie z powodu, jakoby nie zgadzając się na zasady sobie przedstawione deklaracyi podpisać nie chcieli lub nie mogli, lecz poprostu z przeoczenia lub zaniechania. Pozwalamy sobie zatem zwrócić uwagę szan. Kolegów, że ociąganie się takie szkodzi sprawie wspólnéj, ponieważ Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. zapowiedziała w owym okólniku, iż od ilości nadesłanych deklaracyj zależeć będzie, czy Towarzystwo nadal zajmie się tą sprawą, lub czy ma ją zostawić własnemu losowi. Gdyby zaś z powodów od siebie niezależnych tak poważna korporacyja porzuciła dalszą pracę w tym kierunku, wtedy nastałoby to, czego się głównie obawiać należy, to jest lekarze puszczeni samopas musieliby wejść na drogę licytacyi *in minus*. oczywiście ze szkodą własną i ogółu.

* Dr. Kaden, powróciwszy z Berlina, gdzie praktykował w klinice prof. Henocha, osiadł w Krakowie, praktykując zarazem w szpitalu św. Ludwika.

* **Wiadomości osobowe.** Przy awansie listopadowym mianowani zostali: lekarzem sztabowym lekarz pułkowy 1-széj kl. Dr. Julijan Ritter w Przemyślu; lekarzami pułkowymi 1-széj klasy: Dr. Bronisław Longchamps de Berier, Dr. Zdzisław Juchnowicz Hordyński, Dr. Bronisław Majewski; lekarzami pułkowymi 2-giéj kl.: Dr. Maryjan Gidlewski, Dr. Izydor Szuchiewicz, Dr. Stanisław Steiner, Dr. Michał Lewicki, Dr. Jan Kudas, Dr. Paweł Jaglarz. **W obronie kraj.** mianowani: lekarzem pułkowym 1-széj kl. Dr. Ortyński, lekarzami pułkowymi 2-giéj kl. starsi lekarze: Drowie Aronsohn, Trzebicky, Schaitter, Bąkowski, Józefczyk i Gęślak. Dr. Emilijan Lebedowicz osiadł w Kołomyi, Dr. Onufry Jakliński w Kozłowie (pow. Brzeżański), Dr. Walenty Kretowicz w Gorlicach, a weterynarz Józef Łucki przesiedlił się z Oświęcima do Gorlic.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 49: Rauma: Obecny stan wiadom. o wpływie światła na bakteryje (c. d.); Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.); Bujańskiego: Opis sanit. fabr. worków jutowych (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr. 44: Przewóskiego: Niezwykłe zajście wpochwienia kiszki cieńkiéj; Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerw. (c. d.); Sawickiego: O ranach przepony (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 44: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego (c. d.); Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (c. d.). —

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 16 Listopada 1889. Nr. 46.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Nowy sposób przytwierdzania wypadłéj lub w tył pochylonéj macicy za pomocą przeszczepienia więzów obłych.

Podał
Dr. Wł. Matlakowski w Warszawie.

Dotychczasowe sposoby umocowywania macicy do ściany brzucha, czy to przez przyszycie powstałéj szypuły po odciętym jajniku lub jego guzie, czy też przez przyszycie saméj macicy (sposoby Olshausena, Sengera, Czernego) przedstawiają tę słabą stronę, iż nie wzbudzają zupełnego zaufania w trwałość zamierzonych skutków operacyi. Proponowany przezemnie sposób, przez zastąpienie sztucznych środków przytwierdzenia naturalnemi, ma na oku zapewnienie większéj trwałości nowemu położeniu macicy, która przy umocowaniu według dotychczasowych sposobów w wielu razach oswobodziwszy się od wywołanych zrostów wracała do dawnego wadliwego położenia.

Przypuszczając, że mamy do czynienia z macicą w tył pochyloną, zgiętą, lub wypadłą, przecinamy ścianę brzuszną w smudze białéj i otwieramy jamę otrzewnéj cięciem jak najkrótszem, przepuszczającém zaledwie 3—4 palce, a nie dochodzącem na 1—2 ctm. do spojenia łonowego. Pęcherz powinien być opróżniony przed samą operacyją, aby nie zawadzał przy manipulacyjach następnych. Ująwszy macicę w palce głęboko wpuszczone do jamy miednicy małéj, podnosimy ją i wyciągamy aż do rany w ścianie brzusznéj, poczem badamy stan jajników i jajowodów, które w razie wskazania (guzy, torbiele, gruźlica itd.) obcinamy, ze szypuł jednak po obcięciu powstałych nie korzystamy. Od każdego rogu macicy widać odchodzącą fałdkę otrzewnéj, wzgl. więzu szerokiego z zawartym w niéj więzem obłym; podczas gdy pomocnik utrzymuje macicę w ranie, ujmujemy między wskaziciel i paluch wiąz obły i cięciem długości 1 ctm., poprowadzoném w kierunku długości więzu, a odstąpiwszy na 1—$1^1/_2$ ctm. od rogu macicy, przecinamy powłokę surowiczą więzu *(boutonnière)*, i zaraz przez tę szparę podłożywszy zgłębnik wyciągamy palcami wiąz, pociągając koniec obwodowy i bacząc na to, aby przy ciągnięciu trzymać w palcach cały pęczek, aby nie opuszczać jego włókienek i przez to nie osłabiać całości pęczka. To oddzielenie i wyciągnięcie więzu z pod otrzewnéj jest tak łatwe, że potrzebuje zaledwie kilku minut, zatem rzecz się ma tu zupełnie inaczéj niż przy operacyi Alexandra. Wyciągnąwszy więzu 6—8 ctm. przewiązujemy go, i dośrodkowo od podwiązki przecinamy; wnet obwodowy koniec z podwiązką nałożoną dla zapobieżenia sączeniu się krwi cofa się i chowa pod otrzewną, centralny zaś koniec ujmujemy tymczasowo w kleszczyki hemostatyczne, żeby nam nie uciekł. To samo robimy z drugim więzem obłym. Mając je oba oswobodzone zamkniętą pincetą przebijamy rozścięgno brzuszne oraz mięsień prosty brzucha i otrzewną w odległości o 1—2 ctm. od brzegu rany, i tyleż ponad górnym brzegiem spojenia łonowego, ujmujemy między otwarte ramiona pincety odpowiedni koniec więzu i przez ścianę brzuszną (bez skóry) przewlóczymy, poczem aby się ten koniec nie wyśliznął, chwytamy go kleszczykami hemostatycznemi. Tak samo postępuje się z drugiéj strony. Teraz za przykładem Saengera zlekka zeskrobujemy otrzewną na przedniéj powierzchni macicy, ażeby latwiéj przyszło do skutku sklejenie z przednią ścianą brzucha, poczem przyszywamy macicę trzema szwami jedwabnemi (skóra, rozścięgno, mięsień, otrzewna z jednéj strony + macica + otrzewna mięsień, rozścięgno i skóra z drugiéj strony rany). Szwy te mają na celu najprzód zapewnić położenie nowe macicy na czas 7—10 dni, póki nie nastąpi mocne wrośnięcie przeszczepionych więzów, powtóre zamknąć szparę między macicą i ścianą brzuszną, aby zapobiedz możliwemu wejściu jelit i uwięźnięciu kiszki. Najwyższy szew przeprowadzam w linii macicznych końców

więzów obłych. Mając teraz wszystkie szwy przeprowadzone, upewniamy się poraz ostatni, że pętlice jelit i sieć nie wśliznęły się przed macicą, i zaraz zawiązujemy na supeł oba przewleczone przez ścianę brzuszną (skórę wyjąwszy) więzy obłe, ściągając je jak najmocniéj; zbywające końce po zawiązaniu supła zawiązujemy dla pewności jedwabiem i same koniuszki nadmiażdżone od ujmowania kleszczykami obcinamy. Teraz zawiązujemy trzy szwy przechodzące przez macicę i całą grubość ściany brzusznéj, pełnią one rolę zarazem szwów głębokich, zamykających jamę brzuszną; powierzchownemi szwami na ranę brzuszną kończymy operacyję. Na brzuch idzie lekki opatrunek i obcisła, najlepiéj elastyczna opaska.

Chora powinna spokojnie leżeć od 10—14 dni, poczem zdejmuje się szwy zarówno powierzchowne jak i głębokie, przechodzące przez macicę, poczem ta ostatnia pozostaje już nadal na łasce wywołanych sklejeń i przesadzonych więzów obłych.

Powyższą operacyję wykonałem w trzech przypadkach zupełnego wypadnięcia macicy, opis szczegółowy podam na innem miejscu, tu tylko nadmienię, iż przebieg we wszystkich tych był idealny.

Operacyja sama jest nadzwyczaj prostą i łatwą, chyba że wypadnięta, lub tyło-pochylona macica umocowaną jest w dole Douglasa zrostami, gdy zmienione jajniki i jajowody poprzyrastałe są do macicy i do więzów szerokich błonami wąckowemi, słowem gdy sam akt oswobodzenia macicy i zbliżenia do rany jest trudny. Należy tu sobie radzić wedle prawideł powszechnie przyjętych w ginekologii, pokonywając trudności, które wybornie Hegar i Kaltenbach opisali w swoim klasycznym podręczniku w rozdziale o kastracyi. Nie obędzie się tu bez użycia znaczniejszéj siły, bez pęknięcia małych torbieli w jajniku, bez wynaczynień w macicy potężnie trzymanéj i pociąganéj palcami; mimo to wszystko przebieg był w jednym podobnym przypadku najzupełniéj pomyślny. Jeżeli macica jest swobodną, operacyja przebiega gładko i jak zegarek.

U pierwszéj choréj wypuszczano mocz cewnikiem w pierwszych dniach po operacyi; rychło się przekonałem, że to zbyteczne, dwie inne chore od pierwszego dnia oddawały mocz same bez najmniejszéj trudności, lub boleści. Z téj strony operacyja, wbrew przewidywaniom teoretycznym, zupełnie wolną jest od niemiłych następstw.

Zaledwie potrzebuję dodawać, że przy zachowaniu zwykłych ostrożności aseptyki nie bywa ropienia i wychodzenia podwiązek, ani tem mniéj ropienia około supła więzów, znajdującego się pod skórą. Warunkiem pierwszéj doniosłości jest zagojenie się rany bez ropienia.

Za daleko zaprowadziłoby mnie roztrząsanie wskazań do téj operacyi. Tu tylko napomknę, że przekonawszy się, iż u biednych kobiet leczenie wiankami jest niemożliwem dla niedbalstwa i nieochędóstwa, iż rozmaite rodzaje kolporafii nie zawsze osiągają zamierzony cel przy wypadnięciu, postanowiłem uciec się i przy wypadnięciu całkowitem macicy do t. z. *ventrofixatio, v. hysteropexis.* Za potrzebne warunki do téj operacyi przy wypadnięciu uważam: 1) żeby kobieta była wogóle zdrową (nerki, serce, płuca); 2) żeby była albo bliską, albo po *climacterium,* ale wogóle pełną jeszcze sił, a potrzebującą pracować. Wypadnięcie macicy, przynajmniéj u nas, stanowi kalectwo nadzwyczaj rozpowszechnione u prostéj klasy kobiet, które dostarczają niemały kontyngens szpitalom, tworząc w nich niemiły i nieciekawy balast. Wstrętne to cierpienie, uważane przez chore za nieuleczalne, stanowi ogromną przeszkodę w pracy i zarobkowaniu, pozostawione samo sobie prowadzi do wyniszczenia i śmierci przez zmiany i zaburzenia w czynności pęcherza i nerek. Jeżeli wycięcie macicy i pochwy znalazło swoje usprawiedliwienie w przypadkach zrozpaczonych, tem bardziéj w przypadkach odpowiednich wydaje mi się wskazanem usiłowanie, mające na celu uleczenie na innéj drodze.

II. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał

Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Pragnąc uniknąć niebezpieczeństwa grożącego od rogówki, prowadził A. Pagenstecher cięcie płatowe jeszcze bardziéj obwodowo niż Jacobsohn, tak, iż ono w całéj swojéj rozciągłości w twardówce, około 1 milim od przeźroczystéj rogówki przebiegało, celem zaś usunięcia zarazem niebezpieczeństw, pochodzących od pozostałych w oku strzępków rozciętéj torebki przodkowéj i szczątków saméj zaćmy, uciekł się on równocześnie do wydobywania zaćmy razem z całą nienadwerężoną torebką, które już przed nim Janin, Henkel, Richter (1773), a późniéj Mohrenheim i Beer (1799) wykonywali, choć je dopiero Christiaen (1845) jako zwykły sposób operowania wprowadzić usiłował. Postępowanie Pagenstechera nie zdołało się rozpowszechnić, a autor sam widział się późniéj zniewolonym ograniczyć jego wskazania do szczegółowych, niezbyt licznych przypadków. Łatwo to się tłomaczy, uwzględniając, że najczęściéj wyciągać trzeba zaćmę za pomocą łyżeczki, że w więcéj niż w połowie wszystkich przypadków wydarza się upływ ciałka szklanego, nie mówiąc już o tem, że torebka, zwłaszcza jeżeli nie jest zaćmiona, pęka przy tym zabiegu dość często, poczem oczyszczenie źrenicy staje się niemożliwem. Przyznając, że wydobycie soczewki razem z całą nienadwerężoną torebką jest niejako ideałem operacyi zaćmy, zgodzić się przecież potrzeba, że w obecnéj swojéj postaci, zastósowane do zwykłych przypadków, połączone ono jest z bardzo ciężkim urazem i naraża oko na zbyt wielkie niebezpieczeństwa Steffan (*Archiv für Ophth.* XXIX, 2) nie waha się nazwać go *„ein jeder Kunst entbehrendes rohes Verfahren, auf welches mit einer reinen Heilung zu antworten, die gütige Mutter Natur recht häufig nicht in der Lage ist!“* Obecnie znajduje ono umyślne lub niezamierzone zastósowanie tylko w przypadkach zaćmy przejrzałéj, już zmniejszonéj z zaćmieniem i zgrubieniem torebki, w zaćmach Morgagniego i zaćmach następowych po przebytem zapaleniu tęczówki i naczyniówki.

Angielscy okuliści Bowman i Critchett robili tymczasem dalsze doświadczenia ze sposobem zaleconym przez Schufta. Critchett mianowicie udoskonalił go bardzo znacznie powiększając cięcie, zadawane nożykiem grotowym, aż do $^1/_3$ obwodu rogówkowego i przenosząc je na górny brzeg rogówki, wprowadzając ustalanie powiek za pomocą rozwórki Kelley-Snowdena, którą zaopatrzył w szrubkę zastawną i podając ulepszoną łyżeczkę. Tak zmienioną operacyję przedstawił Critchett na zjeździe w Heidelbergu w roku 1864 razem z wynikami przewyższającemi tak wyniki dawnego wydobycia płatowego, jako też sposobu Schufta.

Te usiłowania okulistów angielskich zachęciły Graefego do nowych doświadczeń z cięciem linijowem. Upatrując w płatowéj postaci ranki przeszkodę w jéj gojeniu się doraźnem,

powziął on przekonanie, że im łatwiéj rana rogówkowa się rozwiera, tem łatwiejszego i dokładniejszego wystąpienia soczewki oczekiwać możemy, ale tem większem jest przy złym popędzie do gojenia niebezpieczeństwo ropienia rogówki. W tem przekonaniu utwierdziły go tak własne pomyślne doświadczenia z wydobywaniem zaćm miękkich za pomocą cięcia linijowego, jak wyniki okulistów angielskich i skłoniły go do ponownych studyjów nad cięciem linijowem. Wynikiem ich było wystąpienie już w r. 1865 na zjeździe w Heidelbergu z nowym sposobem operowania, który on później zmodyfikowanem wydobyciem linijowem obwodowem nazwał (*Die modifizirte periphere Linearextraction*), a który powszechnie znany jest pod krótką nazwą „sposobu Graefego.“

Graefe określił przedewszystkiem „cięcie linijowe jako „takie, którego brzegi pozostawione samym sobie, stulają się „z sobą względnie jak najściśléj. Jeżeli rogówkę wyobrazimy „sobie jako odcinek kuli, to warunkowi temu staje się wtedy „zadość, gdy przewód rany przebiega w płaszczyźnie naj„większego koła, gdy zatem kierunek cięcia zgadza się zu„pełnie z tem największem kołem, które łączy oba kąty „rany.“ Ale tak pojęte cięcie linijowe, dostatecznie długie, żeby przez nie i twarda zaćma schyłkowa łatwo wystąpić mogła, nie da się poprowadzić w rogówce, Graefe widział się więc przedewszystkiem zmuszonym przenieść je w brzeg twardówkowy. Zarazem poznał on, że takiego cięcia niepodobna uskutecznić ani nożykiem Beera (z powodu jego szerokości i postaci klinowéj), ani nożykiem grotowym, którego aż do owego czasu w podobnym celu używano. Chcąc bowiem taką rankę zadać, potrzeba, żeby płaszczyzna noża wpadała podczas cięcia w płaszczyznę największego koła, przyczem koniec noża grotowego skierowanyby być musiał koniecznie ku środkowi idealnéj kuli, czyli krzywizny rogówkowéj. Gdy idzie o utworzenie tylko małéj ranki w środkowéj części rogówki, da się to jeszcze nożykiem grotowym uskutecznić, ale jeżeli cięcie ma być dłuższe, a do tego jeszcze na brzegu rogówki lub zgoła już w twardówce poprowadzone, to niepodobna wykonać go nożykiem grotowym, bo jego koniec spotkaćby się musiał koniecznie z soczewką. To też t. zw. cięcie linijowe, które aż do owego czasu celem wykonania irydektomii dobrzeżnéj lub wydobycia zaćmy miękkiéj uskuteczniano, nie są cięciami linijowemi, lecz łukowatemi, a wysokość płata, który tworzą, t. j. odległość środka cięcia od środka największego koła, łączącego oba kąty ranki, rośnie z jéj długością. Im zaś mniejsza wysokość płatatem lepiéj zamyka się ranka, tem mniejszą ma skłonność do rozdziawiania się. Pragnąc wykonać cięcie ile możności ściśle linijowe, a dostatecznie długie, żeby przez nie i największa zaćma z twardem jądrem swobodnie, bez ugniecenia brzegów ranki i bez oderwania się okruchów, wystąpić mogła, zarzucił Graefe nożyk grotowy, a uciekł się do nożyka pod jego nazwiskiem, dziś powszechnie znanego i używanego, 2 mm. szerokiego, a około 35 mm. długiego. Taki nożyk, trzymany ostrzem do góry, wbija się według pierwotnego przepisu Graefego w twardówkę, w odległości 1 mm. od skroniowego brzegu rogówki, a 1·5 mm. poniżéj linii stycznéj do najwyższego punktu obwodu rogówkowego, a przeprowadziwszy go przez komórkę przodkową i wykłówszy koniec jego po drugiéj stronie rogówki symetrycznie do wkłócia, zwraca się ostrze mocno ku przodowi (o 45°) tak, żeby płaszczyzna brzeszczota wpadła w płaszczyznę największego koła rogówki, poczem kończy się cięcie parą pociągnięć piłowych. W ten sposób postępując otrzymuje się rankę położoną w brzegu twardówkowym z otworem zewnętrznym na 9·8 do 10·35 mm. długą, przy tem wycina się płat spojówkowy 3 do 4 mm. szeroki. Ranka taka przenika ścianę gałki ocznéj niemal prostopadle, a jeżeli nie jest ściśle linijową, to przecież wysokość płata wynosi zaledwie 0·5 mm. Ranka zadana nożykiem grotowym przenika ścianę gałki ocznéj mniej lub więcéj skośnie, a wysokość płata wynosi, np. przy długości ranki równéj $^1/_3$ obwodu rogówkowego (jak w powyżéj wspomnianéj metodzie angielskiéj) już przeszło 2 mm, podczas gdy w dawnem cięciu płatowem wynosiła 4·5 do 5 mm. Po wycięciu tęczówki i rozdarciu torebki Graefe wyciągał pierwotnie w pewnych przypadkach zaćmę haczykiem tępym, w innych wypierał ją z oka uciskając twardówkowy brzeg ranki łyżeczką i ślizgając się nią wzdłuż niego (*Schlittenmanöver*).

Nowy sposób operowania, poparty powagą mistrza i pomyślnemi wynikami, jakie Graefe już na zjeździe okulistów w Heidelbergu w roku 1865 i w *Arch. f. Ophthalm.* 3 w tym samym, a następnie w r. 1866 (*Arch. f. Ophthalm.* XII, 1) ogłosił, zjednał sobie od razu licznych zwolenników i naśladowców. Zawdzięczał on to powodzenie niezaprzeczonym swoim zaletom w porównaniu z dawniejszemi sposobami operowania. Jedna z nich polegała na ułatwieniu wystąpienia zaćmy w porównaniu z metodą angielską, a to skutkiem tego, iż przenosząc rankę w brzeg twardówkowy, można ją było przedłużyć. Z drugiéj strony postać linijowa ranki zapewniała ściślejsze stykanie się jéj brzegów, a tem samem zapobiegała niebezpieczeństwom, wynikającym ze zbyt łatwego rozdziawiania się dawnéj ranki płatowéj. Ale z ostatnią zaletą łączyła się znów ta niekorzyść, że ucisk śródoczny, działający jako naturalna siła popędowa, przyczyniał się zbyt mało do wyparcia zaćmy z oka. W następstwie tego udawało się tylko w jednéj trzeciéj części wszystkich przypadków wyprzeć zaćmę z oka przez ucisk zewnętrzny i to tak silny, że narażał na zbytnie ugniecenie brzegów ranki, tudzież na niebezpieczeństwo upływu ciałka szklanego. Gorzej, że w dwóch trzecich częściach wszystkich operacyj ucisk zewnętrzny wcale nie wystarczał, a zaćmę wyciągać trzeba było haczykiem tępym lub łyżeczką, do czego tylko w ostateczności uciekać się należy ze względu na powiększenie urazu operacyjnego, uznane powszechnie za bardzo niebezpieczne. To też już w roku 1867 (*Archiv f. Ophth.* XIII, 2.) widział się Graefe zniewolonym przyznać potrzebę powiększenia cięcia, przynajmniéj w przypadkach dużéj, twardéj zaćmy, na 11 mm. i prowadzenia go mniéj prostopadle przez ścianę gałki ocznéj tak, iżby ono z płaszczyzną największego koła kąt około 20° wynoszący, a tem samem płat 0·7 do 1 mm. wysoki tworzyło. Do tej zmiany w prowadzeniu cięcia przyczynił się znacznie Adolf Weber, udowodniwszy (*ibid.* XIII, 1), że cięcie obwodowe téj saméj długości, przenikające ścianę gałki ocznéj nieco skośnie, czyni wystąpienie soczewki łatwiejszem i swobodniejszem, a to mimo, że ma mniejszą skłonność do rozdziawiania się, aniżeli cięcie w myśl pierwotnego przepisu Graefego ściśle linijowe, ścianę gałki ocznéj prostopadle przenikające. Razem z tą zmianą cięcia zarzucił Graefe ślizganie się łyżeczką wzdłuż ranki i używanie narzędzi wyciągających (do których się tylko w ostateczności uciekał), a zalecił wypieranie zaćmy w ten sposób, że wywierając szczypczykami ustalającemi pewien ucisk na oko, ugniata się równocześnie dolny brzeg rogówki łyżeczką kauczukową celem nastawienia się górnego brzegu soczewki w rankę, a następnie sunie się nią z pewnym uciskiem po

rogówce w górę, by zaćmę do wystąpienia z oka zmusić (*Sturzmanöver*). (C. d. n.)

III. Z oddziału prymaryjusza Dra Stanisława Paszkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O podskórnem użyciu antipyriny.

Podał
Dr. Jan Bednarski,
sekundaryjusz tegoż oddziału.

Dążenie terapii szczegółowej, aby przedewszystkiem zadosyć uczynić wskazaniom przeciw istocie choroby saméj (*indicatio morbi*), w ostatnich dziesiątkach lat mimo ogromnéj pracy na tem polu i mimo zalecanych licznych leków niby swoistych przeciw różnym tym chorobom, nie osiągnęło niestety dotychczas upragnionego rezultatu. Dlatego też leczenie t. z. symptomatyczne jak poprzód, tak obecnie, a sądzę i w przyszłości jeszcze przez długi czas będzie ważną odgrywać rolę. Mało bowiem posiadamy środków swoistych, które usuwając z ustroju przyczynę wywołującą chorobę, uwalniają go także od przykrych dolegliwości jéj towarzyszących. Jednym z najprzykrzejszych i najdolegliwszych symptomatów chorobowych jest bez zaprzeczenia ból, przeciw któremu nieraz skierowaną jest najpierw nasze działanie. Ku temu celowi posiadamy wielką ilość środków różnéj wartości, z których na samem czele postawić musimy morfinę, działającą najpewniéj i najszybciéj. Najlepszym dowodem jéj wartości jest nadzwyczajna popularność, jaką się cieszy. Jednakowoż obok stron dodatnich ma ona także wiele stron ujemnych.

Szkodliwy wpływ, jaki wywiera na ustrój przy dłuższem użyciu, uboczne, nieprzyjemne, a nawet groźne nieraz przypady przez nią wywoływane, liczne przeciwwskazania do jéj użycia są powodem, iż ten zresztą tak dzielny lek sto uje się i stosować powinno tylko w ostateczności i zawsze z ostrożnością, szczególniéj w formie wstrzykiwań. Obok morfiny mamy szereg innych środków, które jednak pod względem pewności i szybkości działania daleko po za nią pozostają. Z nowszych zasługuje jeden szczególniéj na baczniejszą uwagę, który w krótkim czasie uzyskał powszechne uznanie. Środkiem tym jest antipyryna. Jak nazwa sama wskazuje, należy antipyryna do grupy środków przeciwgorączkowych; posiada ona jednak jeszcze inne, daleko ważniejsze własności, a mianowicie uśmierzania bólów, z powodu któréj to własności proponowano, aby ją przezwać „analgesiną [1]). Antipyryna podana wewnętrznie w pewnych cierpieniach usuwa bóle; daleko jednak wybitniéj występuje ta jéj własność, gdy jest użytą podskórnie, jak na to pierwszy zwrócił uwagę Germain S e é.

Robiąc wstrzykiwania blisko od 2 lat na oddziale prym. Dra Paszkowskiego, chciałbym w kilku słowach nadmienić o wynikach, jakie otrzymałem i o sposobie, jakim się posługiwałem.

Ciekawsze przypadki podaję w krótkości.

I. Antipyrynę podskórnie stosowałem najpierw u S. K. l. 43 liczącego murarza z Krzeszowic. Chory ten przebywał na oddziale od 13 października 1887 do 7 marca 1888, a zatem blisko przez 5 miesięcy z rozpoznaniem *Stenosis pylori post ulcus rotundum.* Nadto stwierdzono u niego rozedmę płuc, kontraktury odnóg górnych z zanikiem mięśni. To ostatnie cierpienie odnosi do przypadku, jaki miał go spotkać przed 20 laty. Kiedy był zajęty przy robocie, spadł kamień około 6 cetn. ważący z rusztowania kilka metrów wysokiego tak blisko niego, iż mu fajkę z ust wytrącił, jego jednak nie nadwerężywszy. Skończyło się tylko na tem, iż na 2 godziny stracił przytomność, poczem oddawał się zwykłym zajęciom. Po dwóch tygodniach jednak zauważył, iż nie może rąk w stawach łokciowych wyprostować, przyczem żadnych bólów nie miał doznawać. Chory opowiada nadto, iż dwa razy spadł na głowę z rusztowania dosyć wysokiego do piwnicy i doznał silnego skaleczenia, po którem pozostały blizny i zagłębienie w kości ciemieniowéj prawéj. Po trzykroć także doznał złamania podudzia lewego, zawsze w tem samem miejscu. U chorego tego stwierdzono w narządzie krążenia nadto ogólną miażdżycę tętnic obwodowych i tętno, wynoszące zaledwie 52 uderzeń na minutę. Do szpitala zgłosił się jedynie z powodu przypadów żołądkowych, a mianowicie wymiotów, a w szczególności dla bólów w okolicy żołądka, których już od siedmiu lat miał doznawać. Bóle te występowały u chorego z początku nieregularnie, częściéj po jedzeniu, niż na czczo, trwały od kilku minut do kilku godzin. Po wymiotach zwykle występowała ulga, dlatego też nieraz sam sobie takowe wywoływał, drażniąc połyk palcami. W czasie pobytu chorego w szpitalu obok leczenia głównego stosowano środki odurzające dla złagodzenia mu cierpień. Po niejakim czasie ustąpiły zupełnie wymioty, wzmogły się jednak bóle, które przybrały charakter typowy, gdyż występowały zawsze o téj saméj porze, t. j. w trzy godziny po obiedzie, utrzymując się przez 6—8 godzin. Chory skulony w położeniu bocznem, okryty potem kroplistym, starał się złagodzić swe cierpienie przez wywieranie ucisku na okolicę żołądka, do czego używał poduszki lub kołdry złożonéj w kilkoro. Chcąc ulżyć choremu, przychodziłem o téj saméj porze w celu zastrzyknięcia morfiny. Taki stan trwał blisko trzy miesiące. Dawka morfiny z początku 0·01 grm. wynosząca musiała być zwiększoną do 0·03 gram. Równocześnie próbowano także rozlicznych środków podawanych wewnętrznie, lecz bez skutku. Wtenczas postanowiłem zastosować podskórnie antipyrynę, nie pokładając wielkich nadziei w tym środku. Wynik jednak był nadspodziewany, jak to następująca notatka uwidocznia:

Dnia 30 stycznia 1888 o godz. $3\frac{1}{4}$ po południu wstrzyknięto $\frac{1}{2}$ grm. antipyryny. Ból ustąpił w t r z y k w a d r a n s e po zastrzyknięciu, poczem wystąpiły poty i uczucie gorąca w całem ciele.

31 stycznia bóle pojawiły się o tym samym czasie, jednakowoż daleko słabsze. II. Injekcyja $\frac{1}{2}$ grm· antipyryny.

1-go lutego. Chory nie ma bólów, czuje się zupełnie swobodnym.

2/2. Bóle wystąpiły o godzinę późniéj niż zwykle, jednak bardzo małe, trwające niespełna 4 godziny.

3/2. Bóle nieznaczne.

4/2. Bóle się wzmogły. III. Injekcyja. Bóle ustąpiły w $1\frac{1}{2}$ g o d z i n y aby już wcale nie wrócić.

Chory pozostawał jeszcze przeszło miesiąc na oddziale dla obserwacyi. Wśród tego czasu czuł się zupełnie swobodnym, odzyskał apetyt i siły, a odżywienie znacznie się poprawiło. Nareszcie 7 marca 1888 opuścił szpital wyleczony. Chory ten dostał zaledwie 3 injekcyje antipyryny = $1\frac{1}{2}$ grama. Jakkolwiek używał soli karlsbadzkiéj i stan żołądka zwolna się poprawiał (wymioty przed użyciem antipyryny ustały były), to przecież niepodobna przypuścić, żeby leczenie główne wpłynęło na ustanie t y c h b ó l ó w w okolicy żołądka, co jedynie działaniu antipyryny przypisać trzeba.

II. W następującym przypadku u Apol. W. wdowy l. 32 liczącéj, będącéj na oddziale z rozpoznaniem *Irritatio spinalis*, skuteczność antipyryny jako *antinervinum*, jako też wpływ jéj na samą sprawę chorobową okazał się w całéj pełni. U choréj téj występowały bóle w zakresie wszystkich nerwów, wychodzących z rdzenia pacierzowego, wskutek czego chora leżała bezwładna, doznając wiekich cierpień i spędzając nocy bezsenne. Cały szereg środków znanych stosowano już to miejscowo, już też *per os* z ujemnym skutkiem. Jedynie prąd stały sprawiał ulgę. Antipyryny podawanéj wewnętrznie chora nie znosiła. Po injekcyjach morfiny doznawała jeszcze większego rozdrażnienia. Antipyryna stosowana podskórnie usunęła zwolna bóle i wróciła choréj sen i władzę w nogach i rękach, o ile takowa z powodu bólów nerwowych była upośledzoną. Wstrzykiwań chora w różnych odstępach czasu w różne okolice ciała dostała przeszło

[1]) Sarda: *De l'antipyrine et de l'antanilide comme medicaments nervins* (*Bull. gen. de Ther.* LVII 20, 1888).

15. Chora tak wielką przywiązywała wagę do tego środka, iż w razie występującego pogorszenia choroby, sama prosiła o zastrzyknięcie. Ubocznych przypadłości po antipyrynie nie doznawała. Raz tylko pojawiły się wymioty bezpośrednio po injekcyi, chora jednak przedtem już miała nudności, prawdopodobnie po zażyciu leku przeczyszczającego tak, że takowych na karb antipyryny kłaść nie można, wobec tego zwłaszcza, iż wymioty nigdy więcéj po injekcyi się nie powtórzyły. Chora opuściła szpital zupełnie wyleczona ze swéj choroby. Nawiasem wspomnieć wypada, iż obok injekcyi zażywała także w małych ilościach chininę i żelazo, a to z powodu obrzęku chronicznego śledziony i niedokrwistości.

III. Nerwoból kulszowy. a) U Jana K. zastosowano tylko raz injekcyję, po któréj na 13 dni ból ustąpił; po 13 dniach odnowił się, lecz bardzo nieznaczny; injekcyi daléj nie stosowano, lecz środki odciągające, mianowicie gorczyczniki i nalewkę jodową, po których nastąpiło zupełne wyleczenie chorego.

b) U Edwarda S., ekonoma, w nerwobólu kulszowym po stronie lewéj przyrody urazowéj stosowano 5 razy injekcyje dla usunięcia bólu. W tym przypadku zauważano poty i chrypkę po każdorazowem zastrzyknięciu, z tego powodu injekcyj nie robiono więcéj; zresztą ból był już tak słaby, że nie było potrzeba przeciwko niemu działać. Po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu wyszedł zdrów.

Największą ilość wstrzykiwań otrzymała Franciszka H., l. 20 licząca, szwaczka z Krakowa. Chora ta przybyła na oddział 19 października 1888 z bólem w krzyżach i wzdłuż nerwu kulszowego lewego, który mimo leczenia trwał już od 3 tygodni z jednakowem nasileniem. Cierpienie to dokuczało bardzo choréj, nie mogła ani spać, ani jeść. Po trzech injekcyjach antipyryny doznała tak znacznej ulgi, iż mimo odradzania wypisała się ze szpitala dnia 30 października 1888. Nadmienić tu muszę, iż z początku zażywała chora jodek potasu wewnętrznie, a zewnętrznie stosowano gorczyczniki i bańki suche wzdłuż nerwu. Nadto pod wieczór dostawała z początku proszek morfinowy, a gdy ten nie sprawiał pożądanego skutku, injekcyję morfiny. Antipyrynę zastosowano dopiero 23, 26 i 29 października, zatem w ostatnich dniach pobytu choréj w szpitalu. Po dwóch tygodniach wraca chora do szpitala z tem samem cierpieniem, prosząc o ten sam lek, gdyż jéj zdaniem najlepiéj jéj robił, a przeciwnie inne środki, które jéj ordynowano po za szpitalem, były zupełnie nie skuteczne. Drugim razem pobyt choréj na oddziale był dłuższym, gdyż od 14 listopada 1888 do 1 stycznia 1889, w którym to dniu opuściła szpital wyleczona. W tym czasie chora dostała 32 injekcyje antipyryny, po których ulga występowała w kilka minut i trwała blisko całą dobę. Ból zmniejszał się z czasem, aż w końcu zupełnie ustąpił. Obok tego kilka razy zastrzyknięto choréj morfinę bez jéj wiedzy dla porównania obu tych środków. Skutek był prawie jednakowy, a nawet po antipyrynie, zdaniem choréj, lepszy, gdyż ból wracał późniéj i mniéj nasilony, a sen w obu przypadkach był jednakowym. Wśród injekcyj w tym przypadku wystąpił ból w uchu prawem' utrzymujący się przez tydzień blisko, a rozpromieniający się na całą prawą połowę twarzy. Badanie wykazało lekkie zaczerwienienie małżowiny usznéj i dwa małe ropnie: jeden na małżowinie usznéj po stronie wewnętrznéj, drugi w kanale słuchowym zewnętrznym.

Jakkolwiek podobny przypadek opisuje Brandenberger[1]), w którym po zażyciu 1 grm. w 5 minut wystąpił ból połowiczy w twarzy (ból zębów, ucha i zwiększenie wydzielin z oczu i nosa), to mimo to mojem zdaniem komplikacyję tę w naszym przypadku uważać należy jako rzecz przypadku, niezależną od użycia antipyryny, gdyż po zagojeniu się ropniów wspomnianych, mimo stosowania dalszego antipyryny, więcéj się już to powikłanie nie wracało.

Obok tych stosowano jeszcze w 3 innych przypadkach rwy kulszowéj injekcyje antipyryny z pomyślnym wynikiem.

IV. Również skuteczną okazała się antipyryna, użyta podskórnie w 3 przypadkach w zapaleniu rdzenia pacierzowego przeciw bólom, które występowały w krzyżach i w kończynach dolnych. W tych trzech przypadkach naprzemian robiono wstrzykiwania morfiny, z czego okazało się, iż podczas gdy injekcyje morfiny trzeba było codziennie powtarzać, to natomiast jednorazowe zastrzyknięcie antipyryny usuwało bóle na 2—4 dni.

[1]) *Corr. Bl. f. schweiz. Aerzte* 1888.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVII.

Śmierć z powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

Dnia 25 kwietnia o godzinie 5 rano znaleziono Fedię Dr. bez życia powieszoną, a oglądacz zwłok podał, że na ciele znalazł liczne sińce. Zmarła wisiała w ciemnym przedsionku chaty swéj na drabinie, prowadzącéj z podłogi sieni do strycha; powróz był zaciągnięty ponad gardło tkwiący w powale, pętla znajdowała się z tyłu, twarz zwrócona była ku ścianie; powróz przylegał do szyi pod chustką, którą zmarła miała na głowie; na podłodze chaty porozrzucane były rozsypane paciorki; w piecu popiół był rozrzucony, a glina od pieca w jednem miejscu odbita. Żandarmeryja podaje, że nieboszczka żyła w niezgodzie z mężem swoim Iwanem Dr., że tenże jeszcze dnia 24 kwietnia pobił ją, tak, że przed świadkiem, żebrakiem Sk. wieczorem tego dnia żaliła się i prosiła go, aby u niéj został, bo się boi męża, który ją bije i odgrażał się, przed odejściem zaś dusił ją silnie za gardło, lecz ona się wyprosiła i dlatego jéj nie zadusił; wskutek tego dławienia cierpiała ból i rzepy jeść nie mogła. Sprawdzono, że Iwan Dr. noc z d. 24 na 25 kwietnia przepędził u sąsiada, podając, że żona zamknęła się i nie puszcza go do mieszkania; nie spał jednak, tłumacząc niepokój swój przeczuciem, że w domu coś niedobrego się stanie. Nad ranem dopiero powrócił do domu, wlazł przez okno i zastał żonę powieszoną. Iwan Dr. liczy lat 28, ożenił się przed 8 laty, przez 3 lata żył szczęśliwie z żoną, późniéj ostatnia, jak podaje, oddawała się pijaństwu, ztąd wszczęły się między małżonkami kłótnie i bitki; przez cały dzień 24 kwietnia miała pić w karczmie, wieczorem wróciła do domu i jego wypędziła. Powróciwszy nad ranem do domu zastał w izbie nieporządek, popiół z pieca wygarnięty, glinę odbitą. Sprawdzono następnie, że Iwan Dr. miał stosunek miłosny z Maryją M., oraz że prosił kilku sąsiadów o radę i pomoc, wyrażając obawę, że lekarze oświadczą, iż żona jego wprzód została pobitą, a potem powieszoną; bał się zaś, jak się tłómaczył, dlatego, że ją rzeczywiście pobił w wiliję śmierci.

Gdy więc zachodziło podejrzenie, że Fedia umarła śmiercią gwałtowną, wytoczono śledztwo przeciw Iwanowi Dr. i polecenie wykonanie sekcyi sądowéj na zwłokach Fedi. Sekcyja uskuteczniona dnia 3 maja przez Dra A. i chirurga B. wykazała co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki kobiety młodéj miernie odżywionéj, na brzuchu i po obu stronach tułowia zielonemi, na plecach brunatnemi plamami pokryte. 2) Włosy na głowie długie, gęste i czarne, oczy przymknięte, źrenice ich zamglone, koniec języka między zębami ściśnięty, barwy ciemnéj. 3) Na prawéj skroni jedno, na czole po prawéj stronie dwa, na prawéj połowie twarzy dwa i przed prawem uchem jedno zdarcie naskórka mniéj lub więcéj wielkości dużego ziarna bobu, pergaminowo zaschłe, pod nacięciem suche; prócz tego jeszcze cokolwiek większe starcie skóry brunatnego zabarwienia powyżéj prawéj łopatki. 4) Szyja prawidłowéj grubości i długości, giętka, na jéj skórze pod krtanią, a właściwie pod grdycą bruzda poprzeczna brunatnego zabarwienia do 6″ szeroka, pergaminowo przyschła, do 3″ głęboka, która przebiega po obu stronach szyi coraz więcéj ku górze idąca i ginie prawie raptem poza muszlami usznemi, bruzda ta miejscami jest starta ze skóry, pod nacięciem w całéj swéj długości jest sucha i nie okazuje nigdzie krwi. Innych oznak gwałtu na skórze nie spostrzega się.

B. Oględziny wewnętrzne. 5) Ogłowie na swéj wewnętrznéj powierzchni, mianowicie na wierzchołku głowy, znacznie przekrwione. Czaszka gruba, zbita nigdzie nie przeźroczysta, zatoka sierpowata obfita w krew płynną czarną. Opony mózgowe przekrwione, istota mózgu szara i rdzenna surowicą przesiąknięta i miękka, w obu komórkach bocznych cokolwiek cieczy brunatnéj, na podstawie mózgu ze dwie

łyżek krwi czarnéj płynnéj. 6) Błona śluzowa krtani i tchawicy śluzem szumowatym pokryta, oba płuca obfitujące w krew, w dolnych płatach obrzękłe, mianowice prawe, lewe płuco wolne, prawe ku tyłowi przyrośnięte; serce ściągnięte, komory jego próżne, w naczyniach wielkich krwionośnych znachodzi się obficie krew płynna czarna, także na podstawie klatki piersiowéj znachodzi się obficie ciecz krwista. 7) Wątroba prawidłowéj wielkości jasno-brunatno-zabarwiona, miejscami cokolwiek stłuszczona, jéj pęcherz zawiera cokolwiek płynnéj żółci; śledziona ciemno-brunatno-zabarwiona prawidłowéj wielkości, trzustka przekrwiona, żołądek zawiera z parę łyżek niespożytych kartofli, jelita cienkie zawierają nieco żółtego grubo-ciemnego kału, nerki przekrwione, macica wielkości pięści, pęcherz zawiera cokolwiek moczu.

Orzeczenie. Z powyższego wywodu wynika, że przyczyną śmierci obdukowanéj było zbrzęknienie płuc *(oedema)*, za czem przemawiają oznaki opisane w ustępie 5 i 6 wywodu. Ponieważ jak ustęp 4 wywodu opiewa znaleziono bruzdę poprzeczną na szyi, pochodzącą od założenia powrózka, należałoby przyznać, że zbrzęknięcie płuc było skutkiem założenia na szyi rzeczonego narzędzia duszącego. Wobec tego, że nie znaleziono na całem ciele żadnych oznak żdziałanych w własnéj obronie, że przy nacięciu skóry wzdłuż całéj bruzdy nie znaleziono żadnych zabiegnięć krwi lub jakieś inne oznaki oddziaływania, orzekamy, że przyczyna zbrzęknienia płuc była inna, a ponieważ wiadomo, że obdukowana nie była złożona żadną ciężką chorobą, ani też przewlekłą n. p. rozedmą płuc, że tego dnia chodziła, że krótko przed śmiercią coś spożywała, przypuszczamy, że zbrzęknienie płuc mogło było być spowodowane przez zaduszenie; w jaki sposób, tego bliżéj podać nie umiemy wobec nie znalezienia żadnych oznak obrony, i w obec tego, że powróz ten, na którym obdukowaną znaleziono wiszącą, założony był obcą ręką na nieżyjącéj już. Zatem przemawia umiejscowienie brózdy na szyi poniżéj krtani, jakoteż i brak oznak, któreby się znachodziły na skórze bruzdy powieszonéj za życia.

Starcia skóry wyliczone w protokóle pod Nr. 3 są uszkodzeniami zadanemi po śmierci.

Wskazane nam dwa postronki długości 1 meter 32 centm., drugi 22 centim., grubości 1 centm. i 4 milm. są splecione z nici konopnych, tworzyły prawdopodobnie jeden kawałek, gdyż obydwa mają w końcach guzy i zostały przecięte przy zdejmowaniu z szyi powieszonéj. Grubość tego powrozu odpowiada dokładnie szerokości i głębokości bruzdy znalezionéj na szyi obdukowanéj.

Po przesłuchaniu świadków Prokuratoryja państwa wniosła, aby jeszcze raz przesłuchano pp. obducentów. Wskutek tego wezwania podyktowali oni do protokółu co następuje:

Pozostajemy przy tem, że śmierć u denatki nastąpiła wskutek obrzęknięcia płuc, lecz w jaki sposób to obrzęknięcie spowodowane zostało, po dokładniejszem zbadaniu na dniu dzisiejszym nie możemy bliżéj podać. Odnosząc się do poprzedniego naszego wywodu oględzin z dnia 3-go maja b. r. oświadczamy ponownie, że denatka przed swoją śmiercią była zdrowa, nie cierpiała na żadną chorobę ani płuc ani też serca i że to obrzęknięcie płuc nastąpiło gwałtownie, czy przez śmierć przez powieszenie, zadane przez siebie samą, czy też przez pośredniczenie osoby drugiéj.

W poprzednim wywodzie podnieśliśmy jako najważniejszą okoliczność przemawiającą za pośrednictwem w tym przypadku osoby drugiéj znalezienie brózdy pochodzącéj od narzędzia założonego poniżéj krtani, którato okoliczność należy do bardzo rzadkich wypadków u osób takich, które się same powiesiły. Położenie zatem téj brózdy, jéj przebieg, brak oddziaływania wszelkiego, przemawiałyby za powieszeniem obcą ręką i to po śmierci. Zbadawszy jednakowoż wszelkie okoliczności, miejsce powieszenia, stan w jakim zwłoki wiszące zastano, wszelkie rozmiary wiszącego ciała w stosunku do przestrzeni, przychodzimy do tego przekonania, że z pewnością orzec nie możemy, czy ciało za życia lub po śmierci zostało powieszone, zaś z większą prawdopodobnością podać możemy, że ciało zawieszone zostało przez obcą rękę, aniżeli żeby się denatka sama była powiesiła; za tem przemawiają okoliczności, że powieszenie nastąpiło w nocy w przedsionku ciemnym i że denatka musiałaby była w celu założenia sobie pętli na szyję wyłazić po drabinie, zakładać sobie pętlę i takową tak mocno zacisnąć, żeby się nie zsunęła i następnie zwiesić się całym ciężarem ciała; za pierwszem zaś, to jest, że prawdopodobnie obca ręka była tu czynną, przemawia znalezienie brózdy poniżéj krtani, a następnie zwrócone zwłoki przednią stroną do ściany komory w ten sposób, że głowa nie była pochyloną ku ścianie komórki. Otaczające zaś czyn ten okoliczności, jak ciemnota w przedsionku, drabina i inne utrudniały właśnie czyn samobójstwa. Co zaś do znalezionych oznak pośmiertnych, oględziny odnoszące się do naszego poprzód złożonego protokółu, żeśmy prócz wymienionych w nim oznak zewnętrznych w N. 2, 3, 4 naszego wywodu nie znaleźli żadnych innych, nie wykluczają jednak, że takie mogły były istnieć, jakie oglądacz był spostrzegł i że one później z powodu osadu krwi pośmiertnego usunęły się były.

Uzupełniamy dodatkowo nasze orzeczenie, że denatka mogła była pod temi okolicznościami się obwiesić, jednakowoż większe prawdopodobieństwo przemawia za tem, jakieśmy to powyżéj wyjaśnili, że przy tem obwieszeniu była czynna obca ręka.

Z powodu, że orzeczenie było chwiejnem, Sąd przesłał akta Wydziałowi Lek. i zażądał orzeczenia. Takowe opiewało jak następuje:

1) PP. obducenci wychodząc z błędnego zapatrywania, że brózda wisielcowa, powstała za życia, różni się od brózdy po śmierci wywołanéj, popadli w sprzeczność w dwóch swych orzeczeniach, przypuszczając raz śmierć Dr. z innéj przyczyny a powieszenie po śmierci dopiero, a późniéj nie wykluczając śmierci z powieszenia.

2) Faktem atoli jest, że brózda przedstawia zawsze jedne i te same cechy, bez względu czy powstała za życia lub po śmierci dopiero, a tem samem nie podobna rozpoznać, czy brózda w danym razie powstała za życia lub po śmierci.

3) Wobec tego faktu nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że brózda na szyi Dr. powstała za życia, że więc Dr. umarła z powieszenia.

4) Śmierć z powieszenia w zasadzie przemawia za samobójstwem, chyba, jeżeli ważne przemawiają szczegóły za działaniem osoby drugiéj. Takich szczegółów w danym przypadku dopatrzyć się nie można; przeciwnie, brak śladów walki i obrony, położenie, w którem świadkowie zwłoki wiszące zastali oraz ślady chodaków na ścianie, raczéj za powieszeniem się przemawiają.

5) Z tych powodów na zapytanie świetnego Sądu Wydział Lekarski odpowiada, że nic nie przemawia przeciw temu, iż Fedia Dr. umarła wskutek powieszenia się.

Przypadek całkiem prosty zamącony został przez chwiejne i sprzeczne dwukrotne orzeczenie obducentów. Jestto błędem, bardzo jeszcze rozpowszechnionym, że brózda z powieszenia za życia przedstawia po nacięciu podbiegnięcie krwi, a więc różni się znacznie od brózdy wywołanéj na trupie, podczas gdy oddawna już nieulega wątpliwości, że brózda nie okazuje podbiegnięcia bez względu na to, czy powstała za życia lub po śmierci dopiero. Następstwem nieznajomości tego faktu była nieporadność pp. obducentów, którzy niepotrzebnie uciekli się do przypuszczenia śmierci z innéj przyczyny i powieszenia zmarłéj. Wprawdzie w danym przypadku nie można było stanowczo wykluczyć śmierci z powieszenia ręką cudzą, ale z uwagi, że śmierć z powieszenia najczęściéj przemawia za samobójstwem i że w danym razie przeciw samobójstwu nic nie przemawiało, należało tak orzekać, jak to uczynił Wydział.

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

K. Eschricht (Cöslin): **O narkozie brometylowéj.**

Dla chirurgii małéj, zwłaszcza dla dentystów uśpienie chloroformowe jest zbyt mozolne. Z początku zdawało się, że w tlenku dwuazotu, poleconym jeszcze przed wprowadzeniem uśpienia eterem, znaleziono odpowiedni środek, ale w ostatnich czasach uważają dentyści uśpienie gazem rozweselającym za niebezpieczną zabawkę. Przeszłego roku polecił Asch bromek etylu, a dobre wyniki nim osiągnięte ułatwiły mu wnet rozpowszechnienie. Jest on znakomitym środkiem znieczulającym, odpowiednim w wszystkich przypadkach, w których pożądane jest dogodne, szybko występujące i krótkotrwałe uśpienie; nadaje się więc przedewszystkiem do małych operacyj, do nacięć, wyłuszczeń palców u rąk i nóg, wyjmowania zębów, jednem słowem do wszystkich tych zabiegów chirurgicznych, które nie wymagają długiego uśpienia. Brometyl (*aether bromatus*) jest płynem jasnym, bezbarwnym, o woni dość przyjemnéj. Chory siedzi po usunięciu obciskających sukien i wdycha za pomocą zwykłéj maski chloroformowéj. Z początku oddychanie jest spokojne, późniéj występuje niepokój, oddech z początku powierzchowny staje się głębszym i powolniejszym, skóra się zaczerwienia i bez pobudzenia, jak po chloroformie, przechodzi ten stan w okres nieoddziaływania i wnet z wygaśnięciem odruchu rogówkowego uśpienie jest zupełne. Tętno z początku wskutek niespokoju przyspieszone, staje się późniéj spokojnem i mocnem. Uśpienie występuje prędzéj niż po chloroformie. Wszyscy chorzy potwierdzają, że znieczulenie było zupełne. Zalety tego uśpienia są następujące: 1) nie występuje okres pobudzenia; 2) uśpienie następuje bardzo szybko; 3) brak nieprzyjemnych objawów następowych, jak nudności i t. d. Na uwagę zasługuje twierdzenie Lewina, że brometyl nie dzieli z chloroformem działania osłabiającego mięsień sercowy i dla tego jest mniejsze niebezpieczeństwo zapadu i nieznaczne zboczenia krążenia nie przedstawiają tak surowego przeciwwskazania, jak przy chloroformie. Należy używać tylko przetworu Merka, przechowywać go w ciemnéj flaszce i pokrycie maski dokładnie oczyszczać. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 30).

F. Tripold (Graz): **O leczniczem działaniu fenacetyny i taliny.**

W klinice prof. Jakscha używał T. fenacetyny i taliny u 13 gorączkujących dzieci w wieku 1—13 lat i doszedł do następujących wyników: Fenacetyna obniża w dawkach od 0·1—0·4 u dzieci ciepłotę o 1·2—3·0° C. Działa przeciw nerwobólowi w uporczywym kaszlu (mianowicie gdy równocześnie istnieje gorączka), w bólu głowy i bólach opłucnowych. Jako nieprzyjemne działanie uboczne należy przytoczyć sinicę, silne poty i łatwo występujące objawy zapadu. Talina obniża w dawkach od 0·035—0·3 ciepłotę o 1·1—3·5° Cels., trwanie jednak tego działania jest wobec stosowania fenacetyny ograniczone. Spróbować można taliny jako środka uśmierzającego kaszel. Objawy uboczne fenacetyny występują niekiedy także przy talinie. (*Wien. klin. Woch.*).

Patologija.

Hoffa (Würzburg): **O zakażeniu gnilnem.**

Przez zakażenie gnilne rozumie H. przypadki, rozwijające się w ostry sposób po nieznacznych zranieniach, które laik nazywa zatruciem krwi. Brakuje wszelkiego znaczniejszego zapalenia miejscowego, szybko rozwija się choroba ogólna i należy przypuścić, że drobnoustroje przez ranę dostają się do krwi, w niéj się rozmnażają i tym sposobem śmierć sprowadzają. U zwierząt znamy od czasów Kocha takie drobnoustroje dokładniéj, mianowicie posocznicę myszy i królików. Co do pytania, w jaki sposób te drobnoustroje śmierć sprowadzają, to może się tu rozchodzić o zatrucie zakisowe, zdarzają się jednak jeszcze przypadki, w których ono nie odgrywa głównéj roli, mianowicie te, w których we krwi tylko mało znajdujemy drobnoustrojów i także przy oględzinach nie napotykamy zmian, a przedewszystkiem oznak zatoru lub krzepnięcia śródnaczyniowego. W takich przypadkach przypuszcza H. działanie toksyny. H. robił doświadczenia według metody Briegera, celem uzyskania swoistego jadu z królików, którym zaszczepiono hodowlę czystą prątków posocznicy królików, które wskutek tego zginęły. Udało mu się jad ten otrzymać w postaci zasady chemicznie czystéj, o formułce $C_2H_7N_3$, ciała chemicznie już znanego, metylgwanidyny. Ciało to, wstrzyknięte królikom podskórnie w dawce 0·2, zabija je wśród objawów zupełnie podobnych do objawów posocznicy królików i H. czyni wniosek, że podobne choroby powstawać mogą u człowieka wskutek podobnych trucizn i nazywa dla tego te choroby grzybicami toksycznemi. ((*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 30).

Choroby wewnętrzne.

Backhaus: **O leczeniu duru brzusznego wlewaniem do jelit rozczynu garbnika.**

W klinice prof. Moslera leczą od dłuższego czasu rozmaite choroby przewodu pokarmowego wlewaniem do jelit większych ilości wody, w któréj rozpuszczony jest środek przeciwgnilny. Zaleta tego postępowania jest łatwo widoczna, gdyż obok działania środka odrażającego przychodzi jeszcze w rachubę mechaniczne działanie wody, za pomocą któréj w rozkładzie znajdująca się treść jelit, drażniąca błonę śluzową przy dłuższem pozostaniu w jelicie, zostaje wydaloną. Także w durze brzusznym starano się odrażać jelita i to albo przez wewnętrzne podawanie środków przeciwgnilnych, n. p. naftaliny albo, jak w klinice Moslera, przez zastosowanie tychże przez odbytnicę. Obok wielu innych środków spróbowano także kwasu garbnikowego, a bezpośrednią pobudką do tego były dobre wyniki, jakie osiągnął Cantani przez wlewanie rozczynu taniny w cholerze azyjatyckiéj. Z trzech wskazań, które podaje Cantani jako czynniki, skłaniające do używania rozczynu taniny w cholerze azyjatyckiéj, mianowicie: 1) ograniczanie mnożenia się prątków w przewodzie pokarmowym; 2) uczynić nieszkodliwym chemiczny jad cholery (ptoimainy); 3) usunięcie zagęszczenia krwi przez świeży dowóz wody, dwa pierwsze wskazania w równéj mierze odgrywają rolę także w durze brzusznym, podczas gdy w miejsce trzeciego wstępuje mechaniczne oczyszczenie jelit przez wypłukanie. Podawano najpierw dawkę 2 grm. na 2 litry wody, późnéj do 10 gramów na tę samą ilość wody i tę wlewano 2 razy dziennie, a wodę pierwéj ogrzewano do ciepłoty ciała. Lecznicze działanie wlewania zależy od tego, aby wlewany płyn dostał się jak najwyżéj w przewodzie pokarmowym, gdyż główną siedzibą cholery jest dolny odcinek jelita biodrowego. Co się tyczy pytania, czy w ogóle jest możebnem, aby wpędzić płyn ponad zastawkę Bauhiniego, to Cantani doświadczalnie wykazał, że płyn w nierzadkich przypadkach dostaje się aż do żołądka, a przez wymioty może być ustami wydalony. Najodpowiedniejszem ułożeniem do wlewania jest grzbietowe, gdyż przy tem woda łatwiéj i w większéj ilości wchodzi. Daléj ważnem jest, aby wlewanie odbywało się nie pod wielkiem parciem, lecz powoli i w przerwach, przez co unika się zbyt prędkiego i nagłego rozdęcia jelit, sprowadzającego na drodze odruchowéj łatwo wymioty, płyn daléj się dostaje, większą jego ilość przyjmuje jelito i tem dłużéj ją zatrzymuje, im powolniéj wpływa. Wyniki Backhausa są zachęcające. (*Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 29).

A. Vogl. (Mnichów): **W sprawie leczenia duru w mnichowskim szpitalu wojskowym.**

V. stara się udowodnić na podstawie liczb, że zmniejszenie się śmiertelności duru w załodze przypada na czas systematycznego zaprowadzenie leczenia zimną wodą według Branda i że z wszelką pewnością należy je uważać tylko jako następstwo tego sposobu leczenia. Przez wytrwałe przeprowadzenie schematu: co 2 lub 3 godziny przez dzień i noc kąpiel o ciepłocie 14° R. przez kwadrans, gdy ciepłota mierzona w odbytnicy wynosi 39°, osiągnąć można znaczne zmniejszenie powikłań, zupełne usunięcie stanu durowego, a w następstwie tego zmniejszenie śmiertelności. (*Münch. med. W.* 1889, Nr. 11).

Chirurgija.

Ball: **Przyczynek do rozpoznania i leczenia chorób prostnicy i rzyci.**

Rozpoznanie rzeżączkowego zapalenia kiszki odchodowéj jest wogóle trudnem; B. kładzie największą wagę na ró-

wnoczesne istnienie choroby cewki, na ropną cechę wydzieliny, na miejscowe objawy zadrażnienia wogóle, a przedewszystkiem na wykazanie gonokoków. Owrzodzenia mieszkowe kiszki odchodowéj są w kołach ułożone, a owrzodzenia z powodu liszaja żrącego pozbawione są tła prątkowego. Przeciw szczelinom rzyci poleca B. na pierwszem miejscu azotan srebrowy *in substantia*. Odruchowe kurcze zwieraczów leczy częścią przez rozszerzenie palcem w narkozie, częścią nacięciami. Między wrzodami wenerycznemi napotyka się na tem miejscu tylko wrzód miękki u kobiet częściéj, natomiast bardzo często kłykciny sączące, a tylko rzadko kilaki. B. wspomina o kilaku Fourniera z rozlanym naciekiem ściany jelita, sprowadzającym owrzodzenia i zbliznowacenie błony śluzowéj. Kiłę odziedziczoną cechują zmiany błony śluzowéj, sprowadzające owrzodzenia promieniste. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

Delaborde: **O stwardnieniach ciał jamistych.**

Przez *induratio corporis cavernosi* rozumiemy jużto ograniczone bujanie tkanki łącznéj, n. p. włókniaki, już też naciek więcéj rozlany. Dawniéj przypuszczano jako przyczynę tych cierpień kiłę, rzeżączkę itd., podczas gdy obecnie stwierdzono, że induracyje te mogą być także miejscowym objawem chorób ogólnych, jak moczówki cukrowéj, dny. D. opisuje przypadki, w których nie mógł wykazać ani sprawy zapalnéj urazowéj, ani kiły i przychodzi do rezultatu, że choroba jest najczęstszą między 50-tym a 60-tym rokiem życia, a tłómaczy to tak, że u starców pochewki ciał jamistych już same przez się mają skłonność do zwyrodnienia łączno-tkankowego. Zboczenia, jakie te stwardnienia sprowadzają, polegają na utrudnianiu prawidłowego wzwodu i wytryskiwania nasienia, gdyż podczas występującego naprężenia członka wytwarzać się mogą najrozmaitsze skrzywienia prącia. Prognoza jest dobra, a przynajmniéj nie przybierają nacieki te cechy nowotworów złośliwych. Prócz leczenia ogólnego należy zwrócić uwagę jeszcze na leczenie miejscowe; zabieg krwawy daje mało widoków wyleczenia, a u diabetyków jest wprost przeciwwskazany. W jednym przypadku skrzywienia bocznego prącia u żołnierza, który został ugodzony kulą w ciała jamiste, osiągnięto dobry wynik przez wykonanie nacięć po przeciwnéj stronie, a następowo wytworzone blizny wyrównały poprzednie skrzywienie. (*Thèse de Paris*).

D'Ambrosio: **O przeszczepieniu aseptycznych gąbek na rany i wrzody skóry.**

1. W większéj liczbie przypadków wrzodów atonicznych, wobec których wszelkie inne leczenie jest bezskuteczne, można z nadzieją powodzenia spróbować przeszczepiania aseptycznych kawałków gąbki wielkości 2—3 mm. 2. Powierzchnię wrzodu należy pierwéj odrażać rozczynem sublimatu 1%. 3. Poszczególne gąbki należy umieszczać w odległości 2—3 mm. od siebie, poczem pokrywa się wrzód lub ranę za pomocą *Silk protective* lub waty; po 2—3 dniach można to postępowanie powtórzyć. 4. Zastosowanie większych kawałków gąbki jest szkodliwem, gdyż one nasiąkają wydzieliną ranną. 5. Gąbki, które odpadły lub które zniszczały, nim rana pokryła się przyskórkiem, należy natychmiast innemi zastąpić. 6. Ten sposób leczenia, tak prosty, łatwo wykonalny i tani zasługuje na pierwszeństwo przed przeszczepianiem skóry. 7. Wobec rozległych spustoszeń skóry, jeżeli sprawa gojenia po zastosowaniu gąbek, doznawszy znacznéj poprawy daléj nie postępuje, należy gojeniu dopomódz innemi środkami, mianowicie takiemi, które przybliżają brzegi ran do siebie, czyniąc je bardziéj ruchomemi; wskazane jest mianowicie przykładanie pasków przylepca. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 6). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Haschimoto: **Wydobycie z żołądka szczoteczki od zębów, połkniętéj przed 15 laty.**

Kobieta, l. 49 licząca, przywykła była szczoteczką japońską łechtać z rana osadę języka i tylną część połyku. Szczoteczka japońska składa się z pręcika grubości pióra z drzewa (*Papulus trencula Linn*), do którego przymocowano z jednéj strony pędzel. Szczoteczkę taką połknęła w maju 1872. Po 10 miesiącach okazał się znaczny ropień w okolicy żołądka, który pękł dobrowolnie. W średniéj części okazał się koniec szczoteczki na 1 ctm. wysterczający. Lekarz wezwany odciął część wysterczającą, a rana zagoiła się wkrótce. Chora miała odtąd tylko poczucie ciała obcego w żołądku. W 13½ lat późniéj powstał obrzęk i ropień w okolicy pępka i wtedy można było ciało obce dokładnie namacać. H. rozszerzył przetokę dostatecznie i wydobył szczoteczkę doraźnie. Przy tym rękoczynie okazała się błona śluzowa żołądka nieprzekrwioną, gazy nie cuchnące, a ciecz ropiasta z rany oddziaływała kwaśno. Powstała mała przetoka żołądkowa, która się zagoiła w 5 tygodniach po operacyi. H. zgadza się co do wydobycia ciał obcych z żołądka z Königiem, aby operacyję wtedy tylko przedsięwziąć, gdy ciało obce jest ostrokończyste, które wywołać mogłoby zranienie ścian żołądka. König operował również fryzyjera, 36 lat liczącego w 6-tym dniu po połknięciu szczoteczki od zębów, lecz chory umarł w 3 dniu z powodu zapalenia otrzewny. (*Arch. f. klin. Chirurg.* XXXVII, 1889). *Dr. Karol Reiss* w Dukli.

Położnictwo.

R. Frommel (Erlanga): **O całkowitem wyłuszczeniu macicy.**

Usunięcie choréj macicy przez pochwę jest wprawdzie zabiegiem operacyjnie wykończonym i nie bardzo trudnym, ale tylko wtedy, gdy nowotwór jeszcze bardzo się nie rozszerzył i macica jeszcze jest dobrze ruchomą; zdarzają się jednak przypadki, w których z powodu znacznego powiększenia macicy, niespodziewanie znacznego rozszerzenia się raka, a powodu spraw zapalnych, szczególnie w jamie Douglasa, powstają dla operatora niespodziewane trudności, gdyż pole operacyjne, które może objąć wzrokiem, jest bardzo małe i większą część zabiegu musi wykonać jedynie pod przewodnictwem palca, daléj z tkanki miedniczéj, otaczającéj szyjkę, tylko bardzo mało może usunąć. Wobec takich stosunków usprawiedliwione są nowe zabiegi operacyjne pod warunkiem, że z jednéj strony zapewniają lepszy dostęp i przegląd pola operacyjnego, a z drugiéj umożliwiają w otoczeniu rakiem zajętéj macicy usunięcie więcéj tkanki. Postępowanie Hegara, do tego celu dążące, opiera się o operacyję Kraskego do wyłuszczenia odbytnicy i polega głównie na tem, że przez wycięcie kości krzyżowéj i usunięcie na bok odbytnicy odsłania i otwiera się jamę Douglasa, przez co odsłania się tak macicę i jéj części dodatkowe, że podwiązanie i wyłuszczenie jéj pod kontrolą wzroku jest możebnem. Dalszą drogę w tym kierunku podał Zuckerkandl, który szerokiem cięciem otwiera międzykrocze, poczem przedostaje się na tępo między pochwą i odbytnicą, aż jama Douglasa jest widoczną, którą szeroko otwiera, macicę przechyla ku tyłowi, zakłada podwiązki w prawo i lewo jak najdaléj od macicy przez więzadło szerokie, które przecina; cięcie poprzeczne nad przednią ścianą macicy oddziela najwyższą granicę połączenia między pęcherzem a macicą i umożliwia odpreparowanie pierwszego od ostatniéj, poczem usuwa zewnątrz otrzewnową część macicy po poprzedniem podwiązaniu. Zuckerkandl polecił swój sposób na zasadzie doświadczeń na zwłokach, a o praktycznem jego zastosowaniu jeszcze Frommel nie słyszał, dla tego skorzystał z odpowiedniego przypadku, aby doświadczyć tego zabiegu, który też uwieńczony został pomyślnym skutkiem. Wobec metody Hegara jest zabieg Z. operacyją mniejszą, za pomocą któréj będzie można prawdopodobnie leczyć także pozamaciczne ogniska ropne, ropiejące krwiaki, względnie mniejsze pozamaciczne guzy. (*Münch. m. Woch.* 1889, Nr. 31).

Doc. H. Löhlein: **Wskazania do owaryjotomii i myomotomii.**

Według zapatrywania L. jest wycięcie jajników wszędzie tam wskazane, gdzieśmy stwierdzili na pewne guz jajnikowy nawet małych rozmiarów. Przeciwwskazany jest zabieg tylko wobec nowotworów złośliwych, których rozszerzenie na inne narządy nie zezwala już na doszczętne ich usunięcie. Równocześnie istniejąca ciąża, ropienie w torbielu i wikłające zapalenie otrzewny nie stanowią przeciwwskazania, radzi jednak, szczególnie co do powikłania z ciążą, uwzględniać zawsze osobiste stosunki. Myomotomija jest bezwarunkowo wskazana przy: 1) znacznem rozwinięciu mięśniaka i powstałych stąd zboczeniach w krążeniu i oddychaniu, 2) wobec uderzająco szybkiego powiększania się mięśniaka, 3) wobec groźnych objawów uciskowych ze strony nowotworu, 4) obja-

wów gorączkowych wskutek zropienia lub sposoczenia guza, 5) puchliny brzusznéj. Wobec krwotoków i bólów wskazane jest usunięcie mięśniaka bez lub z wyłuszczeniem macicy, jeżeli wszystkie w takich przypadkach używane środki zawiodły. (*Berl. klin. Woch.*).

Okulistyka.

Schoeler (Berlin): **W sprawie operacyjnego leczenia chorób siatkówki.**

Dopiero na początku tego wieku rozpoznał Ware oderwanie siatkówki i podał chirurgiczne jego leczenie: punkcyję twardówki. Z czasów przedwziernikowych przejęliśmy etyjologiję, według któréj oderwanie siatkówki nazywało się Hydrops *chorioideae internus et externus* (teoryja wypocinowa). Późniéj wykazał H. Müller, że kurczące się postronki ciałka szklanego pociągają siatkówkę ku przodowi i sprowadzają jéj oderwanie. Późniéj wykazał Iwanow, że oderwanie siatkówki poprzedza oddzielenie ciałka szklanego, a to ostatnie samoistne zachorowanie tegoż. Jak długo środkowe części ciałka szklanego oddzielają się od siatkówki, nie musi jeszcze powstać oderwanie siatkówki, a dopiero gdy kurczenie się ciałka postępuje daléj aż do równika, powstaje oderwanie, ponieważ przy równiku jest ciałko z siatkówką ściśléj połączone. Te przypadki stanowią 80—90%; reszta ma inne przyczyny: sprawy zatorowe w naczyniach siatkowych, krwotoki pochewki nerwu wzrokowego, urazy, *retinitis nephritica* i *diabetica*. Leczenie jest wewnętrzne i chirurgiczne; pierwsze jest odwodzącem: upust krwi, bańki, wcieranie szaruchy, jodek potasu, moczenie nóg, gorczyczniki, daléj ułożenie na grzbiecie, opatrunek uciskowy i leczenie napotne. Co do leczenia chirurgicznego, to wykonywano punkcyję twardówki, Graefe rozcinał z przodu przez twardówkę siatkówkę jedną igłą, Bowmann dwiema. Wecker zakładał t. z. sączek filtracyjny dla przeszkodzenia ponownemu nagromadzeniu się cieczy, Gałęzowski nitkę katgutową. W nowszych czasach znalazły jeszcze zastosowanie nacięcia, *ophthalmotomia posterior*, akupunktura, trepanacyja twardówki i t. d. S. robił doświadczenia na zwierzętach za pomocą jodyny, którą wstrzykiwał przed siatkówką, a dobre wyniki nią osiągnięte skłoniły go do zastósowania wstrzykiwania nastoju jodowego także w oderwaniach siatkówki oka ludzkiego. Wstrzykiwał strzykawką Pravaza, zakończoną małą, skrzywioną i pozłoconą rurką z małym nożykiem na przodzie. Sposób ten zastósował autor w 5-ciu przypadkach oderwania siatkówki, która wskutek tego leczenia przysuwała się napowrót w prawidłowe miejsce. Doświadczeniami temi udowodnił S., że różne leki można wstrzykiwać wolno do ciałka szklanego w celach leczniczych. (*Wiener klin. Woch.*, 1889, Nr. 29).

Choroby dzieci.

P. Bongers (Jena): **O letniéj biegunce osesków.**

Powszechnie przypuszcza się jako główną przyczynę choroby gorąco letnie; Uffelmann wykazał, że w latach chłodnych zmniejsza się ilość chorób biegunkowych dzieci, Virchow kładzie główny nacisk na stan wody gruntowéj i rzecznéj, według Bagińskiego wystarcza kilka dni trwające podwyższenie ciepłoty powietrza do wywołania warunków potrzebnych do powstawania biegunki letniéj. Według szczególnego jéj zachowania należy chorobę tę uważać za zakaźną; Baginsky znalazł prątki w jelicie czczem, w gruczołach Peyera i w tkance podśluzowéj. Wiemy, że większa część drobnoustrojów jelitowych ulega w żołądku zniszczeniu, gdyż kwaśna treść nie stanowi odpowiedniego tła odżywczego, a w kale dorosłych znalazł Bienstock tylko prątki, gdyż te przez swoje zarodniki trwale mogą sprzeciwić się strawieniu przez żołądek. Istota omawianéj choroby polega na tem, że długotrwające gorąco daje pobudkę chorobotwórczym grzybkom do rozwoju, lub istniejące nadzwyczajnie się rozmnażają. Pod wpływem gorąca lub przypadkowych czynników zmieniony chorobowo żołądek nie sterylizuje więcéj swéj treści, a drobnoustroje przenikają i niszczą teraz bezbronny ustrój. W leczeniu należy przedewszystkiem zapobiedz wtargnięciu grzybków. W tym celu należy brodawki piersiowe karmiących oczyszczać środkami przeciwgnilnemi, usta oseska po ssaniu wymyć od resztek mleka. Każdy napój dziecku podany należy przegotować i ochłodzić w naczyniu zamkniętem. Gdy zaś bodziec chorobowy już dostał się do ustroju, należy go wydalić i to energicznem przepłukaniem żołądka i jelit. Jako odpowiednie środki przeciwgnilne poleca się: naftalina, zaczynając od 0·03—0·05 *pro dosi* co 2 godziny, przez usta, jako proszek z cukrem, ol. Bergamot. i t. d., lub jako mięszankę: *Rp. Naphtalin. puriss. 0·1—1·0, Muc. gum. arab., Aq. chamom. aa 40·0 S.* Po zakłóceniu co 2 godziny łyżeczkę, lub przez odbytnicę jako lewatywę, dla której gotuje się 1·0 naftaliny z 50·0—100·0 *aq. dest.* aż do powstania cieczy mlecznéj. O kalomelu wykazał Baginsky, że powstrzymuje rozwój *bacterium lactis aërogenes.* Dobry także jest salicylan bismutu i salol, które dopiero w jelicie rozkładają się na swe składniki skuteczne. W leczeniu objawów następowych należy usunąć nieżyt jelit i zapad. Pierwsze leczymy środkami śluz rozpuszczającemi i zwężającemi naczynia (woda wapienna i azotan bismut.), ostatni mocną czarną kawą, kamforą przez usta lub podskórnie, kąpielami gorczycznemi. (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 30).

Choroby nerwowe.

E. Heddoeus: **O badaniu i znaczeniu objawów źrenicznych.**

H. zebrał wszystkie objawy kliniczne ruchów źrenicy. Co się tyczy badania ruchomości źrenicy, należy pamiętać, że jeżeli znajdujemy prawidłową wielkość i ruchomość obu źrenic, nie potrzebujemy daléj badać; badanie działania akomodacyjnego nie jest potrzebnem. 2) Jeżeli stwierdzimy prawidłową wielkość i ruchomość jednéj, a brak ruchliwości drugiéj źrenicy, (co sprawia różnicę w wielkości obu, *anisocoria*), to badanie oddziaływania przy zbieżności wykaże, czy rozchodzi się a) o bezwzględną nieruchomość, przy któréj brak także oddziaływania na zbieżność, lub b) o odruchową nieruchomość źrenicy, przy któréj oddziaływanie na zbieżność jest utrzymane. 3) Jeżeli przy kolejnem odsłanianiu i zasłanianiu obu óczu obie źrenice nie okazują zmiany wielkości, to mogą istnieć rozmaite stany; może się rozchodzić a) o bezwzględną nieruchomość obu źrenic, lub b) o odruchową nieruchomość jednéj, bezwzględną drugiej źrenicy, lub c) o odrucową nieruchomość obu źrenic; od téj należy odróżnić d) odruchową nieczułość (znieczulenie siatkówki). Ze względu na tłomaczenie objawów źreniczych twierdzi H.: zboczenia ruchomości źrenic należy zawsze odnieść do nieprawidłowości w zakresie odśrodkowych włókien nerwowych źrenicy (nerw okoruchowy i współczulny). Przy anizokoryi należy stwierdzić, która jest chorobowo zmienioną. Jeśli to jest wątpliwem, to wskazuje zmniejszona ruchomość zawsze na chorobowo zmienioną źrenicę. Następnie należy stwierdzić, czy upośledzenie ruchomości należy odnieść do choroby nerwu okoruchowego, czy współczulnego. Jeżeli źrenica jest chorobowo rozszerzoną, należy stwierdzić, czy jest porażenie zwieracza, czy podrażnienie m. rozszerzającego źrenicę; jeżeli jest zwężoną, czy mamy do czynienia z zadrażnieniem zdziergacza, lub z porażeniem mięśnia rozszerzającego. Jeżeli nieruchomość źrenic jest następstwem odruchowego znieczulenia (gdzie siatkówka bodźca świetlnego wcale daléj nie przeprowadza), wtedy źrenice są zawsze tak rozszerzone, jak były prawidłowo w przestrzeni zaciemnionéj. (*Archiv f. Augenheilkunde* t. XX 2. 1).

Dr. Baschkopf.

Dr. Lorentzen: **Podwyższenie ciepłoty ciała do 44·9 u kobiety cierpiącej na hysteryję.**

Kobieta nerwowa doznała wkrótce po pluciu krwią napadów duszności, wystąpiła sinica i oddech był nader powolnym. Podobnych napadów doznawała chora przez miesiąc cały i to przeważnie w nocy. Była wtedy bezprzytomną, drażliwą, bojaźliwą i nader skłonną do złudzeń i marzeń. Po dwóch miesiącach pojawiło się znów krwioplucie, mimo, że po dokładnem badaniu gruźlicy nie stwierdzono. Od 7 do 9 stycznia wskazał ciepłomierz 39·5—40·5, zaś dn. 9 stycznia 44·9 (według podania męża). L. zastał chorą w stanie złudzeń, spokojną, cieplota ciała w odbytnicy 44·9, pod pachami 44·8 w tymże samym czasie. W godzinę późniéj ciepłota w odbytnicy 42·4, wieczorem 41·5, kilka dni późniéj 38·5 do 39·5, późniéj zniżyła się ciepłota do 37°. L. wykluczając chorobę płuc, uważa cierpienie za nerwicę krwawą (*Neuropathische Blutungen*), znaczne podwyższenie ciepłoty wywołane

było histeryją. Teale wykazał u choréj cierpiącéj na histeryję 50° (*Lancet* 1876, I. pag. 340), zaś Wunderlich 43°. (*Archiv der Heilkunde* V. pag. 210. (*Centralbl f. klin. Med.* 1889, 33). *Dr. Karol Reiss* w Dukli.

Choroby skórne.

Gray: **O kile układu nerwowego i jéj leczeniu.**

Według G. występuje kiła układu nerwowego w następujących 9-ciu rozmaitych postaciach: 1) Co noc wracające lub wzmagające się bóle głowy, które jednak występują także za dnia, szczególnie popołudniu. Można je łatwo zamienić, zwłaszcza, że po znacznych dawkach chininy ustępują, z *Malaria larvata.* Często towarzyszy kiłowym bólom głowy bezsenność i rozdrażnienie, nie pozostające w stosunku do nasilenia bólów. 2) Połowicze porażenie przed 40-tym rokiem bez lub z poprzedzającym bólem głowy opisanego rodzaju. 3) Kephalalgia, poprzedzająca hemiplegiję, a znikająca na zawsze z jéj powstaniem; połowiczego porażenia niekiłowych nie poprzedzają takie bóle. 4) Drgawki u dorosłych, którzy w dziecięctwie nigdy drgawek nie mieli, z wykluczeniem urazu, zapalenia nerek, ciąży i migreny. 5) Choroby podstawy mózgu. 6) Coma, trwające dnie lub tygodnie, jeżeli wykluczyć można uraz, zapalenie opon mózgowych, cukromocz, zapalenie nerek i dur. 7) Uwiąd rdzenia pacierzowego. 8) *Paralysis generalis.* 9) Choroby rdzenia po kile śródczaszkowéj. G. używa wyłącznie jodku potasu i to w daleko większéj dawce, niż powszechnie się podaje. Dawkę powiększa aż do wyleczenia lub wystąpienia jodyzmu, a w tym ostatnim razie podaje szybko dawki jeszcze większe, gdyż po takich dawkach spostrzegał często zniknięcie jodyzmu. W innych przypadkach potrzeba podawać przez dłuższy czas dawki mniejsze niż ta, która przypady jodyzmu sprowadziła, a potem można za to szybko z dawkami się posuwać bez wywołania objawów zatrucia. G. podawał aż 48·0 na dobę i spostrzegał zniknięcie objawów, które przy mniejszych ilościach nie ustępowały. (*C. f. kl. Med.*).

Jul. Koch (Wiedeń): **W sprawie leczenia róży.**

Leczenie róży można dzielić na objawowe i etyjologiczne, pierwsze przeważa, jak długo przyczyna choroby jest nieznana, drugie jest obecnie prawie wyłącznie używane, odkąd prątkowa przyroda róży została stwierdzoną. Sposób, którego doświadczał K. na oddziele chorób skórnych prym. Mraćka, nazywa przeciwgnilno-etyjologicznym. Maść jodoformowo-kreolinowa zasługuje na pierwsze miejsce w szeregu leków, przeciw róży używanych, i to z powodu dokładnego działania i łatwości stosowania z jednéj strony, a z drugiéj strony z powodu braku szkodliwego wpływu na nerki, jaki się spostrzega przy innych środkach, szczególnie karbolu. Zastosowanie maści, składającéj się z kreoliny 1, jodoformu 4, lanoliny 10, jest następujące: za pomocą miękkiego pędzla szczecinowego wciera się maść jednostajnie grubo w chorą skórę i na 3—4-ech palców pozornie zdrowéj skóry, na to papier gutaperchowy. Oczywiście należy także furtki wtargnięcia jadu leczyć: jeżeli róża wzięła początek z nieżytu nosa, należy nos kilka razy dziennie przepłukiwać słabym roztworem nadmanganezianu potasowego; gdy była flegmona, wskazane są nacięcia; gdy przyczyną była rana zakażona, należy ją leczyć według prawideł postępowania przeciwgnilnego. Już trzeciego dnia a niekiedy nawet już w dniu po zastosowaniu następującym opadała gorączka w 25-ciu tą maścią leczonych przypadków, róża została ograniczoną, skóra zbladła. Co się tyczy teoretycznego roztrząsania, skłaniającego do wybrania właśnie téj maści, to wybrano kreolinę jako znany łagodny przetwór fenolowy, gdyż nie posiadając szkodliwych wpływów ubocznych karbolu, dzieli z nim znakomite własności odrażające. Co się tyczy przeciwróżycowego działania jodoformu, to można przypuścić, że uwalniający się jod działa rozpędzająco na sprawę chorobową i jéj wytwory. Jako podstawę dla maści wybrano lanolinę, aby jéj znakomite własności resorbcyjne sprzyjały właściwie działającym składnikom. (*W. m. Woch.*, 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

A. Paltauf: **O obrażeniach powstałych za życia a jednak podobnych do wywołanych po śmierci.**

Zdarza się spostrzegać na zwłokach obrażenia, których powstanie za życia nie może ulegać wątpliwości, pomimo tego jednak nie przedstawiają one podbiegnięć lub nie towarzyszy im krwotok, jak to mieć miejsce powinno. Zdarza się również, że z kilku obrażeń równocześnie powstałych jedne okazują podbiegnięcia, inne są pod tym względem zupełnie podobne do pośmiertnie wywołanych. Znane sposoby tłumaczenia tych zresztą niezbyt częstych spostrzeżeń, a mianowicie tłumaczenie Hofmanna, że z ran większych krwotok ma miejsce na zewnątrz lub do jam ciała, a krew znajdując łatwy odpływ nie podbiega w tkanki, i tłómaczenie Caspra, że równoczesne zranienie rozleglejsze lub więcéj w krew obfitującego narządu usuwa warunki potrzebne do powstania podbiegnięcia okolicy rany mniejszéj, nie wystarczają w pewnych przypadkach, a zwłaszcza wtedy, gdy pomimo znacznych obrażeń życie trwa przez pewien czas, a sekcyja pomimo tego nie wykazuje podbiegnięć.

Okoliczność ta skłania autora do gruntownego ocenienia przebiegu spraw patologicznych, a głównie naczynio-ruchowych w takich przypadkach, przyczem już z góry myśleć należy o znacznych zaburzeniach ośrodków naczynio-ruchowych, zwłaszcza, że brak podbiegnięć obrażeń za życia powstałych spostrzega się w przypadkach, w których obrażeniom towarzyszy wstrząśnienie mózgu, ucisk mózgowy lub t. z. shock, bez względu na to jakiemu z obecnych zapatrywań na tę sprawę przyznaje się słuszność.

Przypadek opisany przez autora, w którym pomimo licznych i znacznych obrażeń trzeba było uznać wstrząśnienie mózgu za przyczynę śmierci, stwierdza zapatrywanie autora przynajmniéj co do pierwszéj z trzech spraw wymienionych. Gruntowne ocenienie spostrzeżeń czynionych na zwierzętach przy t. z. młotkowaniu przez Kocha i Filehnego, Witkowskiego i Becka przekonywa, że skurcz naczyniowy, występujący w pewnym okresie młotkowania może rzeczywiście być powodem braku podbiegnięć obrażeń u ludzi za życia powstałych. Ta sama zmiana w naczyniach może być również przyczyną braku podbiegnięć wśród ucisku mózgowego i w tak zwanym shocku, który można uważać za śmierć z niedokrewności bez uszkodzenia naczyń (*intravasculaerer Verblutungstod*).

Powyższe zapatrywanie osnute na podstawie doświadczeń znajduje poparcie w spostrzeżeniach klinicznych przypadków odnośnych; na téj podstawie też twierdzi autor, że w przypadkach takich należy przypuszczać silne zadrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego, dające powód do zamknięcia naczyń, w drugim okresie do porażenia tego ośrodka z rozszerzeniem naczyń i równocześnie obniżeniem parcia ościennego. Gdy nadto w tym okresie występuje niedomoga, a następnie porażenie serca, są dane warunki, na których polegając, możemy usprawiedliwić brak podbiegnięć okolicy obrażeń. Na podstawie tych roztrząsań twierdzi autor, że: 1) Brak podbiegnięcia nie zawsze dowodzi powstania obrażenia po śmierci. 2) Wykazanie obrażeń z podbiegnięciami obok innych bez podbiegnięć nie musi dowodzić nierównoczesnego powstania jednych i drugich. 3) Rozróżnienie może polegać na uwzględnieniu innych okoliczności towarzyszących, nie zawsze jednak będzie możliwem. 4) Tylko całkowite wykonanie sekcyi i ocenienie wszystkich szczegółów może stanowić podstawę do wydania orzeczenia w takich przypadkach. 5) Obok szybkiego skrwawienia z powodu innych obrażeń, może brak podbiegnięć mieć miejsce wskutek zaburzeń w unerwieniu naczyń, w obniżeniu parcia ościennego lub porażeniu serca. (*Wr. klin. Woch.* 37 i 39, 1889.) *Dr. Schaitter.*

Toksykologija.

N. Hammer (Praga): **Przypadek otrucia fosforem z zejściem śmiertelnem bardzo szybkiem.**

46 l. licząca kobieta zażyła 120 ctg. fosforu w postaci główek zapałek o godz. 9-éj rano, o godz. 2½ po południu przewieziono ją do kliniki prof. Kahlera w stanie zapadu i mimo natychmiastowego wypłukania żołądka umarła po 3 godz., więc w 9 godz. po zażyciu fosforu. Kora mózgowa przedstawiała obraz zwyrodnienia tłuszczowego (stwardnienie mózgu według metody Marchiego i Algeriego). Wszędzie w mózgu, a szczególnie wzdłuż osłonek rdzennych nerwów sąsiedniéj istoty białéj stłuszczenie. W wątrobie, ani w in-

nych narządach ważniejszych zmian nie było. (*Prag. m. W.* 1889, Nr. 8).

Notatki lecznicze.

Do leczenia ran oparzelinowych poleca *Pharm. Post* następujące postępowanie: ranę wymywa się najprzód rozczynem przeciwgnilnym, najlepiej rozczynem kwasu borowego 1 : 30, potem opatruje się papierem przeciwgnilnym, zawierającym 1% kwasu borowego a zamaczanym w 5% rozczynie kokainy, na to daje się warstwę bawełny skubankowéj i pozostawia się przez kilka dni. Kokaina usuwa bóle, podczas gdy kwas borowy dostatecznie przeciwgnilnie działa, aby sprowadzić wyleczenie w kilku dniach.

Pastylki Fehlinga składają się (*Pharm. Rundschau* 1889 p. 529) z winianu sodowego i siarkanu miedziowego, które suszone mięszane są w stosunku, odpowiadającym rozczynowi Fehlinga i tak ścieśnione, że pastylka waży 0·2. Celem użycia daje się do rurki probierczéj dwie pastylki, nieco ługu potasowego i 8 do 10 gr. wody. Pastylki mają przed rozczynem tę zaletę, że można je w dobrze zamkniętych szklankach długi czas przechowywać.

Leczenie błonicy hydronaftolem i papainą. Ma ono na celu szybkie usunięcie błon. Używa się według Caldewella następującego rozczynu (*Arch. ped.*): *Papain* 10.₀ *Hydronaphtol.* 0·15, *Ac. hydrochl. gtts* XV., *Aq destill.* 120·0. *Glycer.* 11·0 wdychiwać co 2 godziny.

Solidago virga latifolia, nowy środek moczopędny. Mascarel opisuje w *Rev. gén. de clin. et de thér.* dwa przypadki chorób sercowych z następową opuchliną, w których sproszkowane liście i kwiaty wspomnianéj śliny rozwinęły działanie moczopędne dotąd mało jeszcze znane. M. podawał ten proszek łyżeczkami, nieco osłodzony i w połączeniu z surowem jajem; rozpoczynając od takiéj dawki, dochodził, podawając codziennie o jedną więcéj do siedmiu na dzień i w obu przypadkach ustąpiła pod wpływem dyjurezy opuchlina. *Dr. Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIII. Posiedzenie z dnia 26 maja 1889.

Przewodniczący: kol. Merczyński; członków obecnych 34.

1) Na porządek dzienny przyszła najprzód sprawa umieszczenia biblijoteki Sekcyi, rozpoczęta sprawozdaniem komisyi na ostatniem posiedzeniu wybranéj, a oddana po dłuższéj dyskusyi do dalszego rozpatrzenia komisyi złożonéj z koll. Czyżewicza, Kadyja i Murczyńskiego.

2) Następnie poruszył kol. Czyżewicz sprawę mających wkrótce wejść w życie kas dla chorych robotników, nad którą wywiązała się obszerna dyskusyja.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

IX. Posiedzenie z dnia 8 czerwca 1889.

Przewodniczący: kol. Merczyński; członków obecnych 23; jako gość kol. Lutostański z Krakowa.

1) Kol. Barącz przedstawił nowy przypadek promiennicy ludzkiéj, 6-ty z rzędu przez siebie obserwowany. Choroba trwa od 3 miesięcy i rozpoczęła się od bólu zęba trzonowego górnego lewego — obecnie zaś obok braku tego zęba znajduje się charakterystyczny naciek twardy na szczęce górnéj i policzku po stronie lewéj. Nadto demonstrował kol. B. preparaty drobnowidowe grzybków promienicy z tego przypadku pochodzących. Bliższe szczegóły ma zamiar podać w „Przeglądzie Lekarskim" w zbiorowéj rozprawie z przypadków téj choroby dotychczas przez siebie obserwowanych.

2) Kol. Pisek miał następnie dalszy ciąg swego odczytu „o osłabieniu nerwowem serca".

3) Kol. Czyżewicz zdaje sprawę z obrad komisyi biblijotecznéj wybranéj na ostatniem posiedzeniu. Na podstawie wniosków téj komisyi w pojedynczych punktach obszernie omówionych Sekcyja uchwaliła: 1) Przyjąć z małemi zmianami ofertę Towarzystwa „Lecznicy lwowskiéj", dającego w swoim lokalu bezplatne pomieszczenie biblijotece Sekcyi. 2) Podnieść roczną wkładkę członków Sekcyi lwowskiéj Towarz. lekar. galic. o dwa złr. w. a., która to nadwyżka ma być zapłaconą już za rok bieżący i ma służyć na cele biblijoteki. 3) Zażądać od Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic. 200 złr. w. a., jako jednorazowéj subwencyi na skatalogowanie biblijoteki i sprawienie szaf dla niéj potrzebnych. 4) Wybrać trzech biblijotekarzy i trzech zastępców biblijotekarzy, z których pierwsi, ewentualnie drudzy, gdy funkcyjonować będą, są odpowiedzialni za całość biblijoteki i będą obowiązani codziennie z wyjątkiem niedziel i świąt być kolejno przez godzinę stale oznaczoną w lokalu biblijoteki. 5) Aby biuro Sekcyi uchwałę tę w sprawie biblijoteki zakomunikowało Zarządowi Tow. lek. galic. z prośbą, aby ten polecił skarbnikowi Towarz. przyjmować przeznaczoną na biblijotekę wkładkę i dla niéj w księgach kasowych osobne otworzył conto, tudzież, aby się zajęło przeprowadzeniem pisemnéj ugody z Towarzystwem „Lecznicy lwowskiéj", w sprawie oferty przez nie wniesionéj z uwzględnieniem przez komisyję biblijoteczną podanych, a przez Sekcyję aprobowanych wniosków.

Następnie na wniosek kol. prof. Kadyja w myśl § 4 powyższéj uchwały koll. Sobolewski, Wachtel i Wehr zostali wybrani biblijotekarzami, a koll. Kucharski, Pisek i Wiktor zastępcami biblijotekarzy.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 12-te z dnia 19-go czerwca 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 13, jako gość kol. Trzebiński z Dorpatu.

1) Kol. Obaliński przedstawia chorego ze swego oddziału, który z powodu nerwobólu drugiéj gałęzi nerwu troistego kilkakrotnie był operowanym, a w czerwcu b. r. zgłosił się znów z recydywą. Ostatnia operacyja wykonana została 6-go czerwca i uwolniła chorego od bólów, mimo, że nie drugą (która już poprzednio w całości była usuniętą), lecz trzecią gałąź, a raczéj jéj część, to jest nerw dolno-szczękowy, resekowano, wraz z ramieniem pionowem kości dolno-szczękowéj. Rzecz ta opisaną została w „Przeglądzie Lekarskim" Nr. 33 z d. 17 sierpnia br.

W dyskusyi zwrócił uwagę kol. Pieniążek, że czasem unerwienie zbacza od ogólnie przyjętych reguł. Jako przykład przytoczył przypadek Türcka, w którym przy porażeniu nerwu *laryngeus inferior sinister* z powodu ugniotu znalazł obok zaniku mięśni, które przezeń są zaopatrywane, także i zanik mięśni *crico-thyreoideus sinister*, który jak wiadomo zostaje innerwowany przez osobną gałązkę nerwu *laryngeus superior*, który to nerw w tym przypadku zupełnie zdrowym się okazał. Przypuszcza więc, że podobnie i to miejsce innerwowane przez gałąź drugą n. troistego mogło także dostawać włókienka od gałęzi trzeciéj; przypuszcza daléj, że po resekcyi gałęzi drugiéj włókienka gałęzi trzeciéj mogły w obwodzie daléj się rozwijać i w ten sposób objąć na siebie częściowo zadanie gałęzi drugiéj co do czucia. Przypuszczenie to zdaje się możliwem wobec stwierdzonego faktu odrodzenia się nerwów oraz powstawania nerwiaków.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

W dalszym ciągu moich studyjów nad epidemijologią tureckiego wschodu korzystam ze świeżo zaszłych cechujących ją faktów, i pozwolę sobie zwrócić uwagę czytelnika na arabistański Assyr. Wybuch i szerzenie się tam dżumy, przy szczególnie oryginalnych warunkach miejscowych, przy braku dokładniejszéj znajomości tego odległego zakątka kraju, jego mieszkańców i danych, w jakich pędzą swój byt, uczyniły go naraz dość interesującemi, i dla higijenisty godnym bliższego poznania.

Ograniczony od północy prowincyją Hedżaz, a od południa Tahama, przedzielony od właściwej pustyni półwyspu arabskiego wydatnym pasmem El-Haram Assyr stanowi północną część prowincyi jemeńskiéj i w układzie administracyjnym, zależy od wielkorządzcy Sany. Dla podróżnych, zdążających od Dżeddy ku ciaśninie Bab-el-Mandeb, pominąwszy 20° S., pod którym leży właściwie w mowie będąca prowincyja, panorama Assyru nieda się ocenić nawet uzbrojoném okiem. Promienie słońca operującego od wschodu okrywają całą prowincyję rodzajem mglistéj, zgęszczonéj powłoki harmonizującéj niejako z wiekową tajemniczością tego tu

zakątka! Zupełnie jednak w odmiennych konturach przedstawia się Assyr, jeżeli zbliżamy się ku niemu od południa. Wtedy dają się ocenić zarysy i szczyty przebiegającego go górskiego pasma, przedstawiającego się dość malowniczo i podróżny choćby był nawet synem Albionu, spostrzega, że to co czytał o charakterze geograficznym zachodniego wybrzeża półwyspu arabskiego, pozostaje w jawném przeciwieństwie z tem, co tu znalazł. W istocie bowiem rozminęlibyśmy się z geograficzną prawdą, przypuszczając, że Assyr jako część półwyspu arabskiego jest pustynią niezamieszkałą i bezżyzną. Przeciwnie poczynając od północnych stoków pasma „El-Haram“ i dążąc od Konfudy, głównego miasta prowincyi przez Loheja aż do Hedud, całą miejscowość można porównać z charakterem wybrzeża syryjskiego. Jak bowiem tam, tak i tutaj, cała przestrzeń da się podzielić na trzy pasy: pierwszy przybrzeżny, nieco piaszczysty w pobliżu morza, a późniéj żyźniejszy, wydający właściwą téj strefie roślinność, jest tu i owdzie uprawianym, dzięki pewnemu stopniowi wilgoci. Drugim jest pas wzgórz z licznemi okazami drzewa tamaryndy, pod którem karawany i stada znajdują chwilowy wypoczynek i paszę, na dość licznych tu dolinach. Wreszcie pas trzeci suchy, przedstawiający powierzchnie nieznacznie falujących się wzgórz, przy wiosce Sadwan przechodzi w pustynną płaszczyznę. Całą tę przestrzeń nie dłuższą nad 130 kilometrów i szeroką na pięćdziesiąt, zrasza kilka górskich strumieni, płynących w głębokich parowach górskich, a następnie przy osadzie Mersa-ali, oddzielone od morza piaszczystym wałem, tworzą rodzaj bagnistych kałuż, z podkładem trudno przenikalnéj gliny.

Osadzone na muszlowéj rafie miasteczka Loheja i Konfuda, to ostatnie główny punkt prowincyi, są to bardzo skromne osady, złożone z paruset trzcinowych szałasów i kilku glinianych lepianek, służących na pomieszczenie konsystującego tu oddziału piechoty tureckiéj. Upał lub pora deszczy, wiatry zasypujące tumanami piasku z pustyni, brak znośnéj wody do picia, a niemniéj też i niechlujstwo paru osiadłych tu plemion arabskich, gnijących pośród stert zwierzęcych i roślinnych nieczystości, oto warunki, w jakich żyje tutejszy mieszkaniec. Dodać jeszcze należy, że i tak już niekorzystne klimatyczne warunki pogarszają jeszcze prądy powietrza od południa, mianowicie z okolicy wyżéj wspomnianych bagnistych kałuż. Od września więc do połowy stycznia zwykły tu panować bardzo groźne zimnice. W okresie zaś pośrednim mordercza czerwonka i choroby wątroby, przyczyniają tu tak znaczne straty, że nawet pośród hołdujących zasadzie fatalizmu wzbudzają prawdziwy postrach.

Ludność Assyru, podług przypuszczeń urzędów tureckich, jest podawaną jako dochodząca do 22-tysięcy mieszkańców. Właściwie jednak obliczenie jéj jest niepodobnem, ponieważ z wyjątkiem mniejszéj części mieszkańców, osiadłych w przybrzeżnych miasteczkach powstała ilość, jaką spotykamy rozrzuconą pod namiotami w dolinach górskiego pasma, są to koczujące plemiona, zajęte jedynie hodowlą trzod. Z przyczyny zaś rodzaju ich zatrudnienia nigdy nie pozostają oni na miejscu, a tylko stósownie do pory roku, przenoszą się na południe ku granicy Jemenu, lub w okresie pielgrzymki mahometanów do Mekki, udają się z trzodami do prowincyi Hedżaz. Jestto tedy ludność koczująca, wielce zainteresowana potrzebą wyprzedaży trzód i zaznaczająca swą wędrówkę pozastawianiem na każdém miejscu pobytu resztek padłych zwierząt. Ilość tych ostatnich przechodzi stokroć liczbę mieszkańców, ślepo uległych Szeikowi, rezydującemu w Konfudzie, i podzielonych na gromady, rządzone w głębi kraju przez podrzędnych „seidów“.

Uwzględniając, że trzody owiec hodowane w Assyrze są bezwarunkowo przeznaczone na ofiary podczas dorocznych uroczystości mahometan w Mece, zdawałoby się, że chęć zyskownéj ich sprzedaży rozbudziłaby powinna dbałość przy ich hodowli i możebne zabezpieczenie się od tak częstych tu chorób właściwych téj rasie. Dzieje się jednak zupełnie przeciwnie. I podobnie jak wschodnia opatrzoność czuwa nad rozwojem i dojrzewaniem owocu palm lub tamaryndy, tak też gnuśny tutejszy mieszkaniec jéj także powierza pieczołowitość nad trzodami, które stróżuje li tylko z obowiązku fanatycznéj uległości Szeikowi. Epizootyje więc mają tu charakter nagminny. A wpływ, jaki wywierają na jakość klimatu jest niezaprzeczenie bardzo szkodliwym. Bo jeżeli ludność przybrzeża morskiego jest dziesiątkowaną przez czerwonkę i zimnicę, to w wąwozach górskich nagromadzone z latami sterty istot zwierzęcych w stanie rozkładu, mogą być uważane za źródło wybuchu zakaźnych i bardzo groźnych chorób. Nie będzie też zbytecznym, gdy jeszcze dodam, że w pewnych miejscowościach nieczystości te zalegają nieraz całe doliny, gdzie warstwa ich przechodzi nieraz pół stopy, tak, że przebywający tędy podróżny, mianowicie w porze dżdżystéj brnie poprostu w zwierzęcém tym bagnie. To też i wymyka się co rychléj z tych zapowietrzonych miejscowości. Co więcéj zgniłe te błota, w razie gdy koczowisko pasterzy znajdowało się nad wybrzeżem strumienia, przedostaje się do prądu wody, która w ten sposób zanieczyszczona dopływa do przymorskich osad, i jest nowym etyjologicznym warunrunkiem, wywołującym ten lub ów stan chorobowy.

Zapoznawszy się więc tak z przyrodą saméj prowincyi a nieco i z charakterem jéj mieszkańców, określiwszy o ile to było podobna, warunki klimatu i wpływ jego na ogólną zdrowotność, przechodzę do właściwéj kwestyi, mianowicie do wybuchu tu dżumy.

Pierwsza o niéj wiadomość, jaka uderzyła w poważne umysły europejskich higijenistów, została przyjętą z pewném niedowierzaniem. I gdyby nie położenie Assyru nad morzem Czerwonym (ową sławną drogą handlową, przez którą stara Europa zaopatruje się w produkta dalekiego wschodu, a jednocześnie zapoznaje się i z jego plagami), to łatwo przypuścić, że dżuma mogłaby tam przejść niepostrzeżenie. Bo już sama pora jéj wybuchu w maju b. r. nie zgadzała się z zasadą potwierdzoną doświadczeniem, że zakaźna ta choroba grasować zwykła tylko wczesną wiosną i na jesieni, i że pierwsze letnie upały zwykły powstrzymywać jéj postęp. Co więcéj nieufność w istnienie dżumy w Assyrze popierały jeszcze interes handlowy, nakazujący okryć obronną flagą wszystko, co się sprzeciwia jego postępowi, a niemniéj też i czas pielgrzymki mahometan do Mekki, którą postanowiono przeprowadzić w zwykłych corocznych warunkach. Z jednéj więc strony chęć zysku, obok fanatyzmu religijnego, wzbraniały przekonać się, jakim jest istotny stan zdrowotny w Assyrze i opóźniły zastósowanie środków ostrożności. Wprawdzie przystanie téj prowincyi są bardzo rzadko odwiedzane przez parostatki z regularnych linij handlowych, udających się do Indyj, lub dążących ku północy. Istnieje tu jednak żegluga miejscowa za pośrednictwem tak zwanych „Sambuk“ (dużych łodzi żaglowych), komunikujących tak z wybrzeżem azyjatyckiem, jak i afrykańskiem. Wzgląd wreszcie na bliskość Dżeddy i Hodejdy, a na przeciwném wybrzeżu Suakimu i Massawy, powinny były zwrócić baczność władz czuwających nad zdrowiem publiczności. Że jednak zysk i fanatyzm wzajemnie niejako wspierają się na wschodzie, wszelkie więc niebezpieczeństwo grożące masom bledine wobec nich! I jeżeli do pewnego stopnia można uniewinnić rząd turecki w jego opóźnieniu się w zastosowaniu środków ochronnych, to na rząd egipski, jako bezpośrednio interesowany, ciężka za to spada odpowiedzialność. Bo jeżeliby nastąpił postęp zarazy, przedostałaby się ona najwprzód do Egiptu. Sanitarna bowiem rogatka w El-Thor okazałaby się niezdolną do powstrzymania złego. (C. d. n.).

Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

5) Aleksy Zajcew, Dr. geologii i mineralogii, b. wychowaniec, asystent i docent uniwersytetu Kazańskiego, nadzw. profesor mineralogii i geologii, lat 33.

6) Sergijusz Korzyński, Dr. botaniki, b. wychowaniec i docent uniwersytetu w Kazaniu, nadzwyczajny profesor botaniki, lat 27.

7) Edward Lehman, magister farmacyi, b. wychowaniec uniwersytetu Dorpackiego, następnie docent w Kazaniu, a obecnie nadzwyczajny profesor farmacyi i farmakognozyi, l. 40.

8) Mikołaj Kaszczenko, Dr. medycyny, b. wychowaniec uniwersytetów Moskiewskiego i Charkowskiego, następnie

asystent i docent w Charkowie, obecnie nadzwyczajny profesor zoologii i anatomii porównawczéj, lat 34.

9) Włodzimierz Wielikij, Dr. zoologii, b. wychowaniec i docent uniwersytetu Petersburskiego i b. laborant Akademii Nauk w Petersburgu, nadzwyczajny profesor fizyjologii, lat 37.

Oprócz 25 profesur etat Tomskiego uniwersytetu przy całkowitym składzie wydziału lekarskiego zawiera w sobie: 4 prosektury z roczną płacą każda po 1500 rs., 1 miejsce pomocnika prosektora z roczną płacą 500 rs., 2 miejsca asystentów i 4 laborantów z płacą dla każdego po 800 rs. rocznie, 8 asystentów klinicznych z płacą po 600 rs. każde, 1 miejsce kustosza z płacą 1000 rs. i 3 takie miejsca z płacą po 600 rs. rocznie, 1 miejsce ogrodnika i jedno prowizora apteki z płacą 800 rs. rocznie każde, 2 miejsca pomocników aptekarzy po 250 rs. rocznie każde, 1 miejsce mechanika i 1 nadzorcy zakładu gazowego z płacą po 500 rs. każde, 1 miejsce biblijotekarza z płacą 1200 rs. rocznie i mieszkaniem *in natura*, 1 miejsce pomocnika biblijotekarza z płacą roczną 600 rs., a nadto po 1 miejscu sekretarza zarządu (1000 rs. rocznie), egzekutora (1200 rs.), buchaltera i kasyjera (1000 rs.), lekarza (600 rs.), budowniczego (600 rs.), akuszerki klinicznéj (400 rs.), nadzorcy klinik (400 rs.), felczerki (300 rs.) i 8 miejsc felczerów (po 200 rs. każde). Na inspekcyję studentów wyznaczono 7300 rs. rocznie; z sumy téj inspektor studentów pobiera 3000 rs. rocznie (mieszkanie mając w naturze), sekretarz studentów 1200 rs. i pomocnik inspektora 1500 rs. (obaj mają też mieszkanie w naturze). Ogółem na cały personel po ostatecznem skompletowaniu wydziału lekarskiego wydawać będzie skarb 134.800 rs. Oprócz tego na utrzymanie uniwersytetu i naukowe środki pomocnicze asygnowaną już została i asygnowaną będzie rokrocznie suma 64.100 rs. Z sumy téj na utrzymanie gabinetów i pracowni przypada 13.400 rs. rocznie, na biblijotekę i pisma bieżące 5000 rs., na kliniki 13.200 rs., na cerkiew 1000 rs., na szpital studencki 1000 rs., na światło, opał, służbę i amelijoracyję budynków 25.000 rs., na utrzymanie kancelaryi 2500 rs., na wydawnictwo prac naukowych i naukowe ekskursyje 3000 rs. Stypendyjów przy Tomskim uniwersytecie w niedalekiéj przyszłości będzie około 40; w téj liczbie 20 rządowych po 300 rs. rocznie każde.

Liczba studentów przez pierwszy ubiegły rok istnienia uniwersytetu wynosiła 72 i 2 wolnych słuchaczy. Z rozpoczęciem jesiennego półrocza oczekują znacznie większego napływu młodzieży, zwłaszcza z seminaryjów duchownych. Wychowańcy seminaryjów przy wstępowaniu do uniwersytetu poddawani są w uniwersytecie wstępnemu egzaminowi z języka rosyjskiego i łacińskiego przed osobną komisyją. W ubiegłym roku 55% ogólnéj liczby studentów przedstawiali seminarzyści. W ogóle pierwsi studenci Tomskiego uniwers. przedstawiają żywioł pracowity; wszelkie repetycyje i egzamina zdali bardzo dobrze, na wykłady uczęszczają pilnie. Oby tak i nadal było! Administracyjną i bezpośrednią władzę nad nimi ma inspektor, którym jest p. Jeleniew, kandydat nauk przyrodniczych, b. dyrektor gimnazyjum w Krasnojarsku; sekretarzem jego kancelaryi jest p. Rzewuski. Z innych miejsc przy uniwersytecie obsadzone są dotąd miejsca: pomocnika prosektora anatomii opisowéj, którym jest lekarz p. Czugunow, laborantów farmacyi (prowizor farmacyi p. Horst), chemii (kandydat chemii p. Loesch), fizyki (nauczyciel gimn. żeńskiego p. Zdanowicz) i histologii (lekarz Dmitriewskij), daléj miejsca kustoszów gabinetów zoologicznego (p. Poeltsam), botanicznego (p. Kryłow, prowizor farmacyi, zarazem ogrodnik) i mineralogicznego (kand. nauk przyrodniczych p. Dierżawin). Biblijotekarzem uniwersytetu jest b. docent uniwersytetu Kazańskiego, kand. filologii p. S. Kuźniecow; jego pomocnikiem kand. filologii p. Oksenow. Obowiązki mechanika powierzono p. Białozierowowi, b. wychowańcowi szkoły techniczéj w Omsku. Dozorcą zakł. gazow. jest p. Gleichenhaus, lekarzem studentów lekarz Ackermann, sekretarzem zarządu kand. prawa p. Wiatkin, p. s. egzekutora p. Kurhanskij, buchalterem i kasyjerem p. Konstantinow, budowniczym inżynier cywilny p. Naronowicz.

Żywioł polski przy uniwersytecie w Tomsku nader słabo jest reprezentowany. Oprócz prof. chemii p. Zaleskiego Polakami są jeszcze: sekretarz do spraw studenckich p. Rzewuski i laborant fizyki p. Zdanowicz, a nadto 2 studenci pp. Noniawa, wychowaniec gimnazyjum w Tobolsku i p. Konarzewski, wychowaniec Omskiego gimnazyjum. Prof. histologii A. Dogiel jest bez wątpienia polskiego pochodzenia i wyznania katolickiego, typ jednak polski zatracił już zupełnie. Cokolwiek silniéj, jak same nazwiska wykazują, jest reprezentowany żywioł niemiecki, lecz ogółem biorąc, także dość słabo. Żydów i do Tomskiego uniwersytetu przyjmują jako studentów zaledwie 5%. Umundurowanie dla studentów jest tu takie same, jak i na innych rosyjskich uniwersytetach. Zarząd uniwersytetu stanowią: profesorowie Gezechus (przewodniczący), Zaleski, Dogiel, Korzynskij i insp. Jeleniew.

Człowiekiem, który wielkie zasługi położył dla uniwersytetu Tomskiego, jest bez wątpienia p. Floryńskij. Imię jego na zawsze związane z historyją tego nowego wiedzy przybytku. Jeżeli jednak najmłodszy z uniwersytetów pomimo wszelkich przeszkód, jakie natura, stan finansowy i miejscowe warunki mu stawiają, nie pozostaje w tyle za innemi, wiekiem i tradycyją starszemi, zasługa to prawie wyłączna pierwszych profesorów, ludzi z małym wyjątkiem dość szczęśliwie dobranych, którzy należycie pojmują swoje obowiązki i starają się sumiennie je wypełnić. Nie należy wątpić, że kulturalne życie Tomska, a może i całéj Syberyi za lat kilkanaście doszczętnie będzie ku lepszemu zmienione. Już teraz zupełnie tu inny poziom umysłowy i moralny. Dziś prawie wszyscy profesorowie zajęci są urządzaniem pracowni i gabinetów. Wypełnić gołe ściany, wlać w nie ducha i życie i uczyć o wiorst 4090 od cywilizowanego świata, nawet bez odpowiednich środków komunikacyi i możności utrzymania spójni duchowéj nie stanowi wszak łatwego zadania.

Słówko jeszcze o życiu lekarskiem w Tomsku. Nie licząc osób, należących do ciała uniwersyteckiego, mamy tu 16 wolnopraktykujących lekarzy. Z łona uniwersyteckiego praktyką trudni się tylko prof. histologii Dogiel i jego asystent Dmitriewskij; reszta oddana jest przeważnie nauce. Urząd lekarski tutejszy stanowią: gubernijalny inspektor służby zdrowia Dr. med. Matkiewicz i jego pomocnicy lekarze Bereznicki i Jedancew. Lekarzem więzień tutejszych jest p. Orzeszko, jego pomocnikiem p. Ackermann. Zawiadującym szkołą akuszerek i felczerów p. Bereznicki, lekarzami miejskimi pp. Mendelejew i Krenbul, zawiadującym lecznicą dla niezamożnych chorych p. Makuszyn, lekarzem wychodźców p. Piruski. Aptek jest 3 w mieście, pp. Kownackiego, Botta i rządowa, którą zarządza p. Świderski, będący nadto farmaceutą przy urzędzie lekarskim. Lekarze tutejsi żyją ze sobą zgodnie, jak rzadko gdzie. Zamyślali oni od dawna o utworzeniu Towarzystwa lekarskiego, że jednak Towarzystwo przyrodniczo-lekarskie zostanie lada dzień otworzone przy uniwersytecie, jak tylko ustawa, wygotowana przez pierwszych profesorów uzyska zatwierdzenie Ministeryjum oświaty, zaniechali swego projektu i zamierzają przyłączyć się do Towarzystwa, zostającego pod patronatem uniwersytetu. Z czasem Towarzystwo to w miarę wzrostu zostanie podzielone na sekcyje. Będzie także posiadało swój stały organ, plan którego już jest ułożony.

Pomiędzy lekarzami jednym z najwięcéj szanowanych jest p. Orzeszko, polak z pochodzenia i przekonania, brat męża znanéj naszéj powieściopisarki. Oprócz niego polakami są także pp. Krenbich i Piruski. Jest tu także 3 farmaceutów polaków, a mianowicie pp. Kownacki, Świderski i Daugszo, a wreszcie kilku felczerów i kilka akuszerek, między któremi jedną z najwięcéj wziętych i popularnych jest pani Świdzińska. Rzecz godna zastanowienia, że stałego dentysty nie posiada Tomsk wcale; bawią tu tylko czasowo przejezdni dentyści, a pod ich nieobecność jedyna ucieczka w Drze Bereznickim, który ma przy sobie felczera, dość wyćwiczonego w dentystyce i sam w poważniejszych wypadkach rady udziela. Honoraryja za poradę lekarską są tu raczéj mniejsze, aniżeli większe w porównaniu z europejską Rosyją. Objaśnia się to po części biedotą znacznie przeważającéj części ludności, po części sknerstwem i wyrachowaniem więcéj zamo-

żniejszych kupców. To pewna, że majątków tutejsi lekarze nie robią.

Oto w krótkim zarysie wszystko, co rzec można o Tomsku, jako o najpoważniejszym dziś stanowczo w całéj Azyi ośrodku uniwersyteckiego i specyjalnie lekarskiego życia. Nie wątpimy, że następne lata znaczne zmiany wytworzą. Wszelkiemi spostrzeżeniami co do głównych faz tych zmian gotowi jesteśmy zawsze chętnie i nadal podzielić się z czytelnikami *Przeglądu Lekarskiego*, jednego z nie wielu pism polskich, które śledzi za przejawami ludzkiego ducha nie tylko o tyle, o ile one odbiją się na papierze, lecz zarazem stara się je jako jednolitą całość wydzielić wprost z życia, bez względu na to, gdzie ono pulsuje, byle pulsowało. *Dr. Ch.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Zjazd międzynarodowy w sprawie alkoholizmu. Na zjeździe paryskim przeciw nadużywaniu wyskoku zwrócił M. Yvernès uwagę na paralelizm między zużywaniem wyskoku z częstością zbrodni, chorób umysłowych i samobójstw. Statystyka ta znajduje potwierdzenie w wszystkich krajach. Największy jest alkoholizm w Belgii, w któréj na 8 dorosłych mężczyzn przypada jeden szynkarz. Petithan (Belgija) uważa mniejsze szynki, w których sprzedaje się wyskok najgorszy, za główne źródła demoralizacyi i tajemnéj prostytucyi. Celem zapobieżenia nadużywaniu wyskoku koniecznie potrzebnem jest zmniejszenie liczby szynków, ponieważ najliczniejsze następstwa nadużywania wyskoku należy odnieść do nadmiernego używania wódki; stosownie do tego żądają przedstawiciele angielscy zabronienia wszelkich wyskokowych napojów. Następnie rozprawiano o karaniu pijaństwa, o umieszczczaniu upojonych i znanych pijaków w odpowiednich zakładach. Wkońcu powziął zjazd uchwałę, że należy zabronić wszystkich gatunków wyskoku, z wyjątkiem etylowego, jako trujących, daléj że należy obciążyć czysty wyskok znacznemi podatkami, zaś napoje fermentowane (wino, niefałszowane piwo i t. d.) powinno się o ile możności uwolnić od podatków; w końcu poleca się urządzanie pracowni, w którychby można zadarmo wykonywać rozbiory i nakłanianie towarzystw wstrzemięźliwości do postarania się o rozszerzenie niefałszowanych względnie wyskoku nie zawierających napojów w warstwach roboczych. Wreszcie rozprawiano o sposobach chemicznych celem wykrycia sfałszowań, przyczem zauważa Dujardin Beaumetz, że głównie w Niemczech wyrabiane przyprawy jako dodatki do gorszych rodzajów wyskoku są w wysokim stopniu trującemi. (*Progr. médic.*)

Dr. Baschkopf.

† Lekarze gminni w Morawii (jak wiadomo w téj prowincyi instytucyja ta już od paru lat istnieje) podali petycyję do Sejmu o rewizyję ustawy sanitarnéj z r. 1884 za pośrednictwem ankiety. Lekarze gminni w petycyi téj dowodzą, że spostrzebowują całą płacę swoją razem z ryczałtem na podwody. (*Wien. med. Presse*).

† Z powodu zaszłych nadużyć Ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło władzom politycznym, aby przypomniały wszystkim lekarzom praktykującym, iż według § 3-go rozporządzenia z d. 28 listopada 1885 r., przepisując lek, którego nadużycie mogłoby stać się niebezpiecznem dla zdrowia, obowiązani są dodać klauzulę „*ne repetatur*“. (*W. med. Presse*).

† Wskutek przedstawienia najwyższéj Rady zdrowia Ministerstwo sprawiedliwości postanowiło umieścić w projekcie ustawy karnéj przepis ku zwalczaniu reklamy lekarskiéj.

† **Niemcy.** W Niemczech w roku szkolnym 1887/88 zdało egzamin państwowy lekarski 1.216 uczniów. Z tych było 802 Prusaków, 372 innych Niemców i 30 cudzoziemców (pomiędzy ostatnimi najwięcéj było Rosyjan — 13-stu). Z postępem bardzo dobrym zdało 70 (5·77%) z dobrym 744 (61·18%) z dostatecznym 398 (32·75%).

† Liczba głuchoniemych jest w różnych państwach bardzo rozmaitą. Tak na 10.000 mieszkańców przypada w Anglii głuchoniemych 5·75, w Danii 6·20, we Francyi 6·28, w Hiszpanii 6·46, we Włoszech 7·34, w Irlandyi 8·25, w Niemczech 9·66, w Norwegii 9·87, w Prusiech 9·9, w Szwecyi 11·70, w Austryi 13·45, i w Szwajcaryi 24·52.

† **Anglija.** W Londynie z inicyjatywy lorda-majora odbył się uroczysty miting ku uczczeniu Pasteura. Na zebraniu tem podnosili zasługi Pasteura tacy uczeni jak Tyndall, Lister, Roscoe, Foster, Brunton i inni. W końcu powzięto jednogłośnie następujące uchwały: 1. Wyrazić podziękowanie Pasteurowi i jego pomocnikom. 2. Przyznać ochronne leczenie wścieklizny metodą Pasteura za udowodnione. 3. Urządzić składkę na podarunek dla zakładu Pasteura i dla utworzenia kapitału, za którego procenta możnaby posełać biednych ukąszonych przez wściekłe psy do Paryża. (Zebrano zaraz przeszło 10.000 fl.) 4. Uznać za konieczne, ażeby wszystkie psy nosiły kagańce i ustanowić kwarantanę dla psów przywożonych do Anglii. 5. Podziękować lordowi-majorowi za zwołanie mitingu. Angielska prasa lekarska wyraża się z tego powodu również z wielkiem uznaniem dla Pasteura.

† **Francyja.** Z danych statystycznych zebranych we Francyi dla wyższéj Rady hygienicznéj wypływa smutny fakt, że podczas gdy ludność wzrasta bardzo powoli, liczba głuchoniemych zwiększa się 4 razy szybciéj, ślepych 4·5 razy, idyjotów 5, a umysłowo chorych 6 razy. Ilość samobójstw w Paryżu w roku 1888 wynosiła 407 na milion mieszkańców, to jest prawie 4 razy więcéj niż w Londynie.

† **Holandyja.** Harlemskie Towarzystwo naukowe ogłosiło konkurs na rozprawę: „O opartym na doświadczeniach, krytycznym poglądzie na bakteryje znajdujące się w wodzie do picia przed i po przesączeniu jéj przez piasek. Równocześnie należy podać sposoby badania tych bakteryj“. Rozprawy mogą być napisane w języku niemieckim, francuskim, holenderskim, a przesłane muszą być najpóźniéj 1 stycznia 1890 r. na ręce sekretarza Towarzystwa prof. Bosscha w Harlemie. Najlepsza praca zostanie wynagrodzoną albo złotym medalem wartości 150 fl. albo też tą kwotą. Nadto w razie znacznéj wartości nadesłanéj pracy może być dodana jeszcze premia dodatkowa w kwocie również 150-ciu fl.

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

(Dok. Patrz Nr. 45).

Jest daléj rzeczą stwierdzoną, że w Galicyi syfilis bardzo jest rozpowszechnioną. Wprawdzie trudno co do téj choroby uzyskać daty statystyczne, któreby chociaż w przybliżeniu przedstawiały właściwy stan rzeczy, posiadamy jednak dość danych, aby wyświecić sytuacyję. I tak we wszystkich publicznych i prywatnych szpitalach królestw i krajów w Radzie państwa reprezentowanych wynosiły w r. 1885 przypadki leczonéj choroby syfilitycznéj tylko 8·8% wszystkich wypuszczonych z leczenia chorych, podczas gdy w tym samym roku w szpitach galicyjskich przypadki choroby syfilitycznéj wynosiły 6.925, czyli 15·8% wszystkich z leczenia wypuszczonych chorych. Tylko na Bukowinie i w Istryi był ten stosunek jeszcze gorszym. Jeżeli się zważy, że u naszego ludu wobec znanéj niechęci do leczenia szpitalnego tylko te przypadki choroby syfilitycznéj bywają leczone w szpitalach, które dochodzą do wiadomości urzędowéj, że zatem przeważna większość przypadków choroby wcale nie bywa leczoną, to musimy przyjść do przeświadczenia, że syfilis w Galicyi jest więcéj rozpowszechnioną, aniżeli w jakimkolwiek innym kraju koronnym.

Stwierdzono też, że z powodu zaniedbania wszelkich środków zaradczych w niektórych gminach, a nawet powiatach (np. Kosów) syfilis rozszerzyła się do prawdziwych epidemij.

Ponieważ syfilis jest powodem znacznéj chorobliwości i charłactwa, licznych przypadków chorób umysłowych i nerwowych, znacznéj śmiertelności dzieci i znacznéj ilości nieżywo urodzonych dzieci, to od użycia stosownych środków zapobiegawczych w téj mierze zawisło powstrzymanie skarłowacenia całych pokoleń.

Najdzielniejszym środkiem zwalczania choroby syfilitycznéj będzie organizacyja lekarzy gminnych, gdyż przez to uzyska się równy rozkład lekarzy w kraju, a tem samem ułatwi się zasięgnięcie pomocy lekarskiéj. Polecając lekarzom gminnym i okręgowym, ażeby chorobę powyższą z całą uwagą śledzili, władza mogłaby już pierwsze przypadki téj choroby w gminie ściśle nadzorować a przez to zapobiedz jéj dalszemu szerzeniu się.

Należy daléj zwrócić uwagę na egipskie zapalenie oczu (jaglicę), coraz bardziéj w kraju się szerzące. Choroba ta nie

tylko zmniejsza siłę obronną kraju, gdyż rok rocznie setki popisowych i żołnierzy wyklucza się z téj przyczyny ze służby wojskowéj, lecz nadto jest w wielu razach powodem zupełnéj ślepoty czasem nawet całych rodzin. W powiatach trembowelskim, tarnopolskim, zbaraskim i skałackim, należących do tarnopolskiego wojskowego okręgu uzupełniającego, dają się dotkliwie czuć skutki téj choroby, w tych bowiem powiatach ilość ciemnych jest największą.

Gdy chronicznie przebiegające przypadki jaglicy, mimo znacznych kosztów i usilnych starań lekarzy, w murach szpitalnych nie dają się wyleczyć, wypada leczyć te przypadki ambulatoryjnie przy zachowaniu środków ostrożności celem powstrzymania możliwego zakażenia innych osób z otoczenia chorego. Ten obowiązek ciężyłby na gminnych lekarzach okręgowych.

Ażeby zakończyć szereg chorób szczególnie w kraju naszym rozpowszechnionych, należy jeszcze wspomnieć o świerzbie u ludzi. Choroba ta nie bywa przyczyną utraty życia, lecz z powodu bardzo znacznego rozszerzenia w niektórych okolicach kraju, uszczupla w sposób dotkliwy zdolność do zarobkowania ludności wiejskiéj.

Jednym z pierwszych obowiązków lekarzy gminnych okręgowych byłoby bezpłatne leczenie wszystkich w okręgu zamieszkałych ubogich. Przez to zapobiegnie się w wielu razach zaniedbaniu chorób, a wskutek tego należy się spodziewać, że nasze szpitale nie będą na przyszłość tak dalece jak dotychczas obciążane zadawnionemi, a nawet nieuleczalnemi przypadkami choroby.

Szpitale, które dotychczas są poniekąd zakładami przytułku dla nieuleczalnych, stałyby się zakładami leczniczemi w właściwem tego słowa znaczeniu. Niewątpliwie zmniejszyłaby się ilość dni leczenia w szpitalach, a tem samem zmniejszyłby się wydatek funduszu krajowego na koszta leczenia.

Z powyższego, jakkolwiek tylko w ogólnych zarysach zakreślonego obrazu okazuje się, jak doniosłe znaczenie ma organizacyja gminnéj służby zdrowia dla utrzymania i powiększenia ogólnéj zdolności do zarobku, dla zwiększenia zdrowego pokolenia ludności, wreszcie dla zmniejszenia wydatków na zaopatrywanie ubogich.

Co do samego projektu ustawy wniesionego do Wysokiego Sejmu jako przedłożenie rządowe, zauważa się co następuje:

Sejm galicyjski na posiedzeniu dnia 14 stycznia 1874 r., przechodząc do porządku dziennego nad ówczesnem przedłożeniem rządowem o organizacyi gminnéj służby zdrowia, powziął następującą uchwałę:

1) „Sejm przechodzi nad przedłożeniem rządowem o organizacyi służby zdrowia w gminach do porządku dziennego.

2) Sejm przyjmuje z motywów w sprawozdaniu przytoczonych następujące zasady, które przesyła Wysokiemu Rządowi do uwzględnienia ich przy ułożeniu innego projektu organizacyi służby zdrowia, mianowicie: a) okręgi zdrowotne winny obejmować około 15.000 mieszkańców, b) urządzenie służby zdrowia ma być zastósowane także do obszarów dworskich.

3) Sejm wyraża przekonanie, że skarb państwa powinien się przyczyniać do utrzymania służby zdrowia w gminach“.

Obie powyższe uchwały pod a) i b) zostały w obecnym projekcie ustawy w zupełności uwzględnione, gdyż z jednéj strony ilość okręgów sanitarnych zmniejszono do połowy, a z drugiéj strony wciągnięto obszary dworskie do organizacyi.

Na mocy postanowień § 2 i 4 obecnego projektu ustawy, byłby kraj podzielonym na 345 okręgów sanitarnych i 21 samoistnych gmin sanitarnych, do czego potrzeba 372 lekarzy. Z końcem roku 1888 było w Galicyi 844 doktorów medycyny i chirurgów, ponieważ jednak nie można wziąć w rachubę wszystkich profesorów obu wyższych zakładów naukowych w kraju, lekarzy rządowych, szpitalnych, specyjalistów, niemniéj lekarzy potrzebnych do wykonywania praktyki w większych miastach, wreszcie lekarzy, którzy z powodu podeszłego wieku, nieudolności fizycznéj lub dla innych przeszkód do gminnéj służby zdrowia nie mogą być użyci, pozostaje do sprawowania téj służby około 350 do 400 lekarzy (doktorów medycyny i chirurgów) to jest tyle, ile do przeprowadzenia projektowanéj organizacyi niezbędnie potrzeba.

Nie ulega wątpliwości, że zastosowanie obszarów i zaludnienia poszczególnych okręgów sanitarnych do ilości lekarzy zostających do dyspozycyi, przedstawiać będzie trudności. Znaczna bowiem rozległość okręgów, wysoka cyfra ich ludności, utrudni wogóle czynności lekarzy okręgowych, a nawet uczyni niemożliwem wykonywanie niektórych czynności w całym okręgu (jak n. p. oględzin zwłok).

W przedłożonym projekcie podaną jest jednak możność zmiany granic pojedynczych okręgów sanitarnych, wskutek czego można będzie z czasem, w miarę zwiększającéj się liczby lekarzy, poprawić stan rzeczy.

Organizacyja gminnéj służby zdrowia doprowadzi do równomiernego rozkładu sił lekarskich w kraju. Z 844 lekarzy, którzy w końcu r. 1888 wykonywali praktykę w Galicyi, mieszkało 268 (241 doktorów medycyny a 27 chirurgów) w mieście Lwowie i Krakowie t. j. 32%. W obu tych miastach przypada jeden lekarz na 656 głów, na prowincyi zaś lekarz jeden na 10.000 ludności. W niektórych powiatach stosunek ten jeszcze niekorzystniejszy. W powiecie Nisko i Turka n. p. przypada jeden lekarz na 18.000 głów. Jeżeli zatem według przedłożonego projektu ustawy zostanie zorganizowaną służba sanitarna w gminach, sprowadzi się przeto z jednéj strony konkurencyję lekarzy nagromadzonych w jednem mieście do właściwéj miary, z drugiéj zaś strony ułatwi się osiedlanie lekarzy w okolicach, w których dotychczas nie było warunków do rozwinięcia działalności lekarskiéj. Z 345 okręgów sanitarnych przypadnie w 105 siedziba lekarza na miasteczka takie, w których dotychczas nie było ani lekarza ani chirurga.

Koszta, jakich wymaga projektowana instytucyja sanitarna będą w stosunku do spodziewanych skutków umiarkowane. Gminy i obszary dworskie miałyby uiszczać na opłacenie poborów służbowych lekarzy okręgowych rocznie 150.965 złr.

Prócz powyżéj oznaczonéj kwoty, którą gminy i obszary dworskie musiałyby ponieść, musiałby jeszcze fundusz krajowy na zasadzie § 16 al. 2 projektu ustawy dopłacać kwotę 126.589 złr. jako subwencyje dla pojedynczych okręgów, któreby nie były w możności całkowicie pokryć poborów służbowych lekarzy okręgowych. Od tego należy jednak odliczyć dotychczasowe koszta szczepienia, gdyż czynność tę będą lekarze okręgowi bezpłatnie wykonywać. Ponieważ w ostatnich latach wydatek na szczepienie publiczne wynosił średnio 55.000 złr., przeto pozostałaby do pokrycia z funduszu krajowego właściwie tylko kwota 71.589 złr.

Wysoki Sejm wypowiedział w swéj uchwale 3, z dnia 14 stycznia 1874 zapatrywanie, że także i skarb państwa powinien przyczynić się do ponoszenia kosztów utrzymania lekarzy gminnych. To samo zapatrywanie wypowiedzieli także delegaci Wydziału krajowego w r. 1888 w ciągu obrad nad niniejszym projektem ustawy.

Nie ma jednak żadnéj ustawowéj podstawy do żądania, aby skarb państwa miał bezpośrednio przyczyniać się do kosztów organizacyi gminnéj służby zdrowia i rzeczywiście w żadnéj prowincyi, które zorganizowały u siebie gminną służbę zdrowia, państwo nie przyczynia się do pokrywania połączonych z tem kosztów.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 14 listopada. We wtorek rozpoczęły się egzamina fizykackie pod przewodnictwem protomedyka Dra Merunowicza, który w tym celu zjechał do Krakowa. Zgłosiło się tym razem kandydatów 6.

Od czasu wprowadzenia egzaminów fizykackich, a więc od r. 1874 aż do maja r. b. zgłosiło się w Krakowie 122 kandydatów, z których zdało 112, 4 musiało z jednego przedmiotu złożyć egzamin poprawczy, 1 ustąpił sam, a 5 nie uzyskało aprobaty. Z tych 122 kandydatów 115 pochodziło z Galicyi, 5 z Bukowiny, 1 ze Szląska, a 1 z Morawy. W porównaniu z innemi miastami uniwersyteckiemi względnie może najwięcéj zgłosiło się kandydatów w Krakowie, a w każdym razie pokazuje się, że najwięcéj w Galicyi przyjęło się między lekarzami przeświadczenie, że bez egzaminu fizykackiego studyja lekarskie nie są ukończone i że prędzéj lub późniéj egzamin ten może przydać się w zawodzie praktycznym. Ztąd to pochodzi, że zgłaszają się doń i tacy kandydaci, którzy niekoniecznie myślą starać się o posadę w publicznéj służbie zdrowia. To też z owych 122 kandydatów umarło 9 nie otrzymawszy posady, umarło nadto 4 lekarzy powiatowych; z pozostałych 109 47 tylko mają posady w publicznéj służbie zdrowia, a 7 posady gminne (fizyków i lekarzy miejskich), razem 54, reszta 55 albo wcale o posady ta-

kie nie ubiega się albo pomimo starania dotąd ich nie otrzymało. Jeżeli więc pomimo to liczba kandydatów była względnie tak znaczną w porównaniu z innemi prowincyjami przedlitawskiemi, świadczy to chlubnie o gorliwości i zabiegliwości naszych lekarzy.

* W piątek dnia 15 b. m. o godzinie 12-tej w południe odbędzie się w *Collegium novum* uroczyste wręczenie dekoracyj proff. Oettingerowi i Jakubowskiemu. Wręczenie dokona rektor Uniw. Jagiell. prof. Korczyński w obecności Senatu akademickiego i członków Wydziału lekarskiego.

* Otrzymaliśmy „kalendarz lekarski“ za rok 1890 wydany pod redakcyją J. Polaka, a opracowany przez Bujwida, Dunina, Grodeckiego, Hewelkiego, Kuniewicza, Matlakowskiego, Polikiera, Polaka i Puławskiego, Warszawa 1890. Oprócz zwykłéj treści zawiera kalendarz ten: wskazówki diagnostyczne (z rycinami), wskazówki terapeutyczne, rzecz o ratowaniu pozornie zmarłych, o otruciach, dawki największe, spis środków lekarskich, przegląd najnowszych postępów w dziedzinie terapii, o najnowszych zwrotach w antiseptyce (Matlakowski), metody higien. badań pokarmów i t. d. (Bujwid), skorowidz zdrojowisk, a wreszcie spis prac oryginal. umieszczonych w lek. czasopismach polskich od 1/7 1888 do 1/7 1889 r. Treść obfita obok bardzo skromnéj objętości jest najlepszem poleceniem wydawnictwa.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Będzie tu urządzony zakład higijeniczny, którego kierownikiem będzie profesor Knauff. — **Petersburg.** Prof. Botkin ze względu na zdrowie nadwerężone ma ustąpić z katedry. — **Christiania.** Dr. Terup mianowany został zwycz. prof. fizyjologii, jako następca Worm-Müllera. — **Graz.** Prof. położnictwa Dr. Helly otrzymał tytuł radzcy rządowego,— **Dorpat.** Prof. Dragendorff po ukończeniu 25-letniéj służby uniwersyteckiéj wybrany został na dalsze 5 lat.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 45: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego (dok.); Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (dok.). — *Odczytów klin.* Nr. 11: Matlakowskiego: Tegoczesny sposób operowania raka sutka. — W *Nowinach Lek.* Nr. 11: Adamkiewicza: O zachowaniu się ciałek nerwowych w chorych nerwach; Czyrniańskiego: O znaczeniu leczenia niedomogi jelitowéj (dok.); spostrzeżenia z praktyki Sysaka i Wróblewskiego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 45: Sędziaka: Intubacyja krtani; Sawickiego: O ranach przepony (c. d.); Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerw. (dok.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia **20 listopada** o godzinie 6-téj w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne swe posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) O karmieniach w ustroju zwierzęcym, wykład Doc. Dra Walentowicza z demonstracyją. 2) Uwagi nad rozpoznaniem gruźlicy połyku i krtani, wykład prof. Dra Pieniążka z demonstracyją.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 23 Listopada 1889. Nr. 47.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał
docent Dr. Rudolf Trzebicky [1]).

Panowie! Na wstępie uważam za mój obowiązek przeprosić szan. Panów, że ośmielam się zająć drogi Ich czas omówieniem kwestyi, która ze stanowiska chirurgii operacyjnéj nie wiele może przedstawia ciekawego. Na usprawiedliwienie moje niechaj posłuży chęć podzielenia się z szanown. Kolegami doświadczeniem, zebranem na kilkunastu przypadkach, operowanych według jednego i tego samego sposobu już to w méj asystencyi przez czcigodnego mego nauczyciela i byłego zwierzchnika prof. Mikulicza, już też przezemnie samego. Nie rozporządzam wprawdzie statystyką obejmującą tysiące przypadków operowanych, jak n. p. niektórzy z chirurgów angielskich i amerykańskich: ale jak późniéj jeszcze będę miał zaszczyt wspomnieć, liczba 121 operacyj dokonanych w 7 latach na stosunki nasze środkowo-europejskie jest wcale pokaźną. Jeżeli jeszcze dodam, że z tych 121 przypadków jeden tylko zakończył się niepomyślnie z przyczyn od operacyi wcale niezależnych, to każdy z Panów zapewne zgodzi się na twierdzenie, że operacyja, która w tylu razach z rzędu bez najmniejszego szwanku zdołała chorego uwolnić od jego cierpień, zasługuje na miano operacyi pewnéj, nie połączonéj z żadnem niebezpieczeństwem. Jako taką też chciałbym uważać operacyję hemoroidów, wykonaną za pomocą termokauteru, tak jak my ją według przepisów Langenbecka wykonywujemy. Zdanie to jednakże do dziś dnia nie jest jeszcze przyjętem przez ogół lekarski. Nie inaczéj bowiem mogę pojąć słowa Eichhorsta [2]), że operacyja łatwa wprawdzie ze względu na technikę, jest raczéj *ultimum refugium*, którego się należy chwytać dopiero wobec przypadłości bardzo ciężkich. Ale nie tylko interniści, lecz nawet poważni wcale chirurgowie po dziś dzień jeszcze są wcale wybredni w wyborze przypadków, nadających się do operacyi, wykonywając takową tylko tam, gdzie stanowi prawie wskazanie życia. Widocznie jeszcze groza ropnicy, tężca i innych powikłań przyrannych zbyt żywo stoi przed ich oczyma. O ile mi się uda drobną tą rozprawką osłabić i usunąć te płonne i nieuzasadnione skrupuły i obawy, o tyle będę uważał cel jéj za osiągnięty. A wtedy dopiero, gdy lekarz domowy pacyjenta przekonany o skuteczności operacyi pewnéj, nie połączonéj z żadnem niebezpieczeństwem, zdoła pogodzić ze swem sumieniem zalecanie operacyi we wczesnym okresie choroby, nie czekając wcale wycieńczających krwotoków, wytworzenia fisur i przetok, zapaleń ropnych okołokiszkowych, uwięźnięcia i zgorzeli guzów i w trop za tem idącego widma zakażenia ogólnego, wtedy dopiero chirurgija i na tem polu zajmie pozycyję, która jéj się od dawna należy.

Guzy hemoroidalne znane już były w starożytności jako odrębne cierpienie, jak o tém świadczy pokaźna wcale literatura tego przedmiotu, sięgająca po czasy Hippokratesa. To też w rozmaitych okresach czasów rozmaite zalecano środki lecznicze, z których niektóre wieki przetrwawszy w zmienionéj wprawdzie nieco postaci i po dziś dzień bywają stosowane. Wspomnę tu tylko n. p. o rozpalonem żelazie, którego zastosowanie opisuje już Hippokrates, a które dziś w eleganckiéj formie termokauteru prym wodzi między środkami usuwającemi guzy krwawieńcowe. Z pomiędzy sposobów leczenia, proponowanych i używanych w ostatnich latach kilkudziesięciu, wspomnę tu tylko o najważniejszych, nie mających wcale na celu wyczerpującego przedstawienia rozwoju poszczególnych metód.

Środki wewnętrzne, podawane i zachwalane przeciwko temu cierpieniu, nie wiele zdaje się zdołają tu zdziałać. Nie chciałbym wcale przeczyć, jako w przypadkach, w których rozszerzenie żył odbytnicowych jest tylko wyrazem zaburzeń w krążeniu wywołanych czy to niedokładną akcyją serca, czy też zastojem w zakresie żyły bramnéj, podanie naparst-

[1]) Wykład zapowiedziany na Zjazd chirurgów w Krakowie, który jednak dla braku czasu nie przyszedł do skutku. — [2]) Eulenburga *Real-Encyklopädie*, wyd. 2, t. VIII, str. 646.

nicy, wody karlsbadzkiéj, lub innego podobnego środka nie zdołało sprowadzić ulgi i polepszenia, a nawet w niektórych razach drogą obliteracyi doprowadzić do zupełnego wyleczenia: trudno jednak pojąć, jaką drogą czy to zalecany przez Parvina[1]) arsen, czy też przez Schreibera[2]) antipyryna mają doprowadzić do zaniku guzów krwawieńcowych. Własne moje doświadczenia z przetworami arsenu robione na kilku pacyjentach, nie chcących się decydować na operacyję, dały mi wynik zupełnie ujemny.

Do téj saméj kategoryi leczenia, wchodzącego w zakres medycyny wewnętrznéj, zaliczyć musimy stosowanie czopków i kąpieli gorących. Najczęstszym składnikiem pierwszych jest ergotyna, gorąco zalecana przez Lansinga[3]) i sześciochlorek żelaza. Działania sporyszu próbowałem kilka razy, ale zdołałem jedynie zauważyć skutek przemijający w przypadkach guzów drobnych, wywołujących tylko nieznaczne krwotoki. Zastosowanie sześciochlorku żelaza mimo zalecań Deleaua[4]) z powodu własności jego żrących należy nader ograniczyć. Co do wartości chrysorabiny. polecanéj przez Unnę i Kosobudzkiego[5]) przeciw hemoroidom nie mogą objawić swego zdania, nie rozporządzając w tym względzie własnem doświadczeniem. Wody gorącéj używał ze skutkiem Landowski[6]). W przypadku krwotoku z żył hemoroidalnych, nie dających się zatamować innemi sposobami, zalecił choremu kąpiel nasiadową, ogrzaną do 35° C.; w ciągu kwadransa przez dolewanie wody gorącéj podwyższono ciepłotę kąpieli do 45°, a dla ułatwienia działania ciepła na ściany saméj odbytnicy założono do tejże wziernik. Krwotok ustał zupełnie, a guzy poczęły zwolna zanikać tak, że po 6 miesiącach zauważono wyleczenie zupełne. Wspomnieć tu jeszcze wypada o rozprawie Clelanda[7]), który zaleca nader gorąco lewatywy z *liquor bismuthi et ammonii citrat.* twierdząc, że tym środkiem już nieraz mógł uwolnić od cierpienia chorych, u których zresztą wskazaną była operacyja.

Zabiegi czysto chirurgiczne, podejmowane w celu usunięcia tego cierpienia, podzielić można na dwie grupy. Do pierwszéj, która guzów samych nie tyka, usuwając jedynie tylko rzekomą ich przyczynę według zasady *cessante causa cessat effectus.* zaliczamy forsowną i powolną dylatacyję zwieracza i odbytnicy, do drugiéj zaś, usuwającéj same guzy, zaliczyć wypada: wycięcie, odgniecenie, podwiązanie i niszczenie guzów za pomocą środków żrących, stosowanych czy to w postaci kwasów i alkalijów zgęszczonych, czy też w postaci wstrzykiwań miąższowych, czy też wreszcie pod postacią *cauterium actuale.*

Rozszerzenia forsownego, zalecanego pierwotnie przez Francuzów celem usunięcia bólów, towarzyszących drobnym pęknięciom błony śluzowéj przeciw hemoroidom pierwszy użył Maisonneuve. Zasługą jednakże Verneuila[8]) jest, że starał się użycie tego środka uzasadnić umiejętnie. Zdaniem jego przyczyną powstawania żylaków odbytnicowych jest zastój w żyle hemoroidalnéj wewnętrznéj, wywołany kurczowem zaciśnięciem tejże w miejscu przejścia przez ścianę odbytnicy. Rozszerzenie forsowne miało tedy na celu usunięcie tego skurczu, a tem samem przywrócenie prawidłowych stosunków krążenia w żyłach. Celem wykonania téj operacyi radzi Verneuil uśpić chorego i rozszerzyć światło jelita dosadnie przez założenie wziernika Ricorda, a potem Lisfranca. Podobny sposób operowania zaleca także Junque[1]). Trélat[2]) kazał sobie w tym celu sporządzić osobne narzędzie nakształt dwulistkowych wzierników pochwowych, za pomocą którego rozszerza odbytnicę w rozmaitych jéj wymiarach do tego stopnia, aby módz wygodnie 4 palce wprowadzić. Inni zaś chirurdzy n. p. Walker[3]) nie dokonywają całéj dylatacyi za jednem posiedzeniem, lecz rozkładają ją na tygodnie, rozszerzając tylko stopniowo co 2—3 dni odbytnicę już to za pomocą narzędzi, już też za pomocą palców. Pomijając już tę okoliczność, że sami zwolennicy tego postępowania, jakkolwiek opierają swe wnioski na pokaźnym szeregu korzystnych wyników, przytaczają cały zastęp przeciwwskazań do téj operacyi, zaznaczyć musimy, że sposób ten, jakkolwiek nie połączony może z niebezpieczeństwem życia, naraża chorego zbyt często na przykrość mimowolnego oddawania stolca przez czas dłuższy. Własne moje doświadczenie nie zdaje się też przemawiać za tą operacyją. Stosowałem kilkakrotnie forsowną dylatacyję wprawdzie tylko za pomocą palców w przypadkach rozpęklin towarzyszących hemoroidom, korzystnego jednak wpływu na same hemoroidy ani razu nie zdołałem zauważyć. Do rzędu forsownéj, acz nie umiejętnéj dylatacyi, muszę też zaliczyć przypadek z mojéj praktyki, w którym chory wieśniak doprowadzony uporczywym świądem, wywołanym przez guzy hemoroidalne, do rozpaczy, wprowadzał sobie przez dłuższy czas według rady domorosłéj znachorki gruby kołek drewniany do otworu stolcowego, oczywiście bez śladu polepszenia. (C. d. n.)

[1]) *Arsenic in haemorrhoids. New Jork. med. rec.* 1866, Nr. 5 — [2]) *Antipyrin gegen Hämorrhoidalgeschwüre. Therap. Mtshft.* str. 331 i 332. — [3]) *Centralblatt f. Chir.* 1878, str. 470. — [4]) *Emploi du perchlorure de fer contre les hémorrhoids. Mon. des hôp.* 1857, Nr. 30. — [5]) *Zur Therapie der Hämorrhoiden, Centralblatt f. Chir.* 1889, str. 582. — [6]) *Die Behandlung der Hämorrhoiden.* Ref. w *Wiener med. Woch.* 1881, str. 1405. — [7]) *The use of liquor bismuthi for haemorrhoids.* Ref. w *Centralblatt f. Chirurg.* 1876, str. 442. — [8]) *De la cure des hémorrhoides. Gaz. des hop.* 1884, str. 426 i *Le traitement des hémorrhoides par la dilatation. Gaz. des hop,* 1887, Nr. 30.

[1]) *Du traitement des hémorrhoides par la dilatation.* Ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1880, str. 781. — [2]) *Anémie hémorrhoidaire. Dilatation forcée de l'anus. Progrès med.* 1887. Nr. 20. — [3]) *Treatment of anal fissure and hämorrhoids by gradual dilatation.* Ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1888, str. 471.

II. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał

Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Nowy sposób operowania, przyjęty już zrazu przychylnie, odbył po tem udoskonaleniu istny pochód tryumfalny nie tylko po całéj Europie, ale i na drugiéj półkuli ziemskiéj, a to mimo zasadniczéj opozycyi, z jaką się u niektórych znakomitych okulistów spotkał (Stefan 1867 i 1869, Stellwag, Hasner 1868). Przyczynił się do tego niewątpliwie Arlt (Graefe-Saemisch III, 1874), który pominąwszy inne ulepszenia operacyi, zmienił znacznie sposób prowadzenia cięcia. Hołdując mianowicie słusznéj zasadzie, że nierównie walniejszym warunkiem pomyślnego wyniku operacyi jest ile możności łatwe wystąpienie zaćmy, aniżeli skąpienie z długością ranki i przestrzeganie jéj postaci linijowéj, uznał on za stosowne powiększyć rankę tak, żeby przez nią nawet największa i najtwardsza zaćma przy małéj tylko pomocy swobodnie wystąpić mogła. W tym celu wbijał i wykłuwał Arlt nożyk Graefego w twardówkę o 1·5 mm. od brzegu rogówki, a o 2 mm. poniżéj stycznéj do najwyższego punktu

obwodu rogówkowego, a nadając płaszczyznie brzeszczota taki kierunek, żeby środek cięcia przypadł w płaszczyznę podstawy rogówkowéj, zadawał ścianie gałki ocznéj rankę zewnętrzną na 12 mm., a wewnętrzną na 9·5 do 10 milim. długą, tworzącą już wyraźny płat, mający około 1·5 do 2 mm. wysokości.

Wyniki, jakie w ciągu 20 niemal lat prawie wyłącznego panowania operacyi Graefego osiągano, przewyższały przynajmniéj o połowę wyniki otrzymywane za pomocą dawnego cięcia płatowego. Straty po tem ostatniem wynosiły 10 do 12%, po sposobie Graefego zaledwie 5 do 6%. Przedewszystkiem podnieść i uznać należy jako niewątpliwą i nadzwyczaj doniosłą zasługę, że ropne zapalenie oka, ów najgroźniejszy wróg naszych zabiegów po wydobyciu płatowem, wydarzało się tylko w 2 do 3% przypadków. Jeżeli się nadto zważy, że takie zmniejszenie odsetki ropienia przypada na czasy, w których o postępowaniu przeciwgnilnem przy operacyjach ocznych nikt nawet nie marzył, to sprawiedliwość nakazuje uznać sposób Graefego za istotny i nader dobroczynny postęp w historyi operacyi zaćmy, a dzisiejsi krytycy Graefego, piętnujący niekiedy jego sposób mianem kroku wstecznego, zapomnieli chyba, lub nie sięgają wcale pamięcią owych czasów, kiedy nawet po najszczęśliwiéj dokonanem wydobyciu płatowem zmora ropnego zapalenia płoszyła sen z oczu operatora, a 5 do 6% operowanych traciło wzrok na zawsze, którzyby go byli odzyskali, gdyby operacyja ich zaćmy przypadła była na czas panowania sposobu Graefego Oprócz téj głównéj korzyści miał sposób Graefego jeszcze tę zaletę w porównaniu z wydobyciem płatowem, że leczenie następowe trwało króciéj, a co ważniejsza, że chorzy nie potrzebowali przestrzegać po operacyi tak bezwzględnego spokoju, lecz mieli nierównie więcéj swobody w zachowaniu się, bo z powodu szczelnego stykania się brzegów ranka goiła się prędzéj i nie pękała tak łatwo przy lada wydatniejszym ruchu jak ranka płatowa. Okoliczność ta zakreślała sposobowi Graefego szersze pole wskazań od wydobycia płatowego. Potrzeba bowiem zachowania długiego i bezwzględnego spokoju po wydobyciu płatowem sprawiała, że wielu chorych, u których, czy to ze względu na ich stan fizyczny (zbytnia otyłość, garb, rozedma płuc, wady serca itd.), czy też z powodu ich intelligencyi, nie można było liczyć na spokojne zachowanie się po operacyi, wykluczano dawniéj od wydobycia płatowego, a operowano za pomocą reklinacyi. Z temi przeszkodami nie potrzebowano się liczyć operując sposobem Graefego, po którym chorzy zaledwie kilka godzin, a w razie niemożności wcale leżeć nie potrzebowali.

Ale obok tych korzyści i niezaprzeczonych zalet ma sposób Graefego, nawet po późniejszych zmianach, swoje słabe strony, zawisłe głównie od zbyt obwodowego położenia cięcia. Ranka tak obwodowa usposabia do upływu ciałka szklanego, sprzyja opadnięciu i wrośnięciu w nią torebki, a prawie nieuniknionem czyni wypadnięcie tęczówki, co do wycinania s z e r o k i e g o jéj kawałka w całéj długości ranki zmusza, to zaś sprowadza znów uderzające zeszpecenie i olśnienie i upośledza widzenie oboczne. Częstość wypływu ciałka szklanego zmniejsza się wprawdzie bardzo znacznie w miarę coraz większéj wprawy operatora, ale nawet najszersze i najdokładniejsze wycięcie tęczówki nie zabezpiecza, mimo wszelkich udoskonaleń techniki wycinania, od zbyt częstych, a w swo ich następstwach tak groźnych opadnięć i wgłobień téj błony w rankę obwodową. Skutkiem takiego wrośnięcia tęczówki, ale niezbyt rzadko i bez niego, li tylko skutkiem samego zanadto bliskiego sąsiedztwa ciałka rzęskowego, téj najurażliwszéj części oka, powstaje po cięciu tak obwodowem zbyt często, nierównie częściéj niż po dawnem cięciu płatowem, plastyczne zapalenie tęczówki saméj, lub co gorsza, razem z ciałkiem rzęskowem, wlokące się tygodniami i miesiącami i sprowadzające zarośnięcie źrenicy, lub zgoła zanik gałki ocznéj, a dające niekiedy powód do współczulnego zapalenia oka drugiego. Na 477 ócz, które Arlt w praktyce prywatnéj sposobem Graefego operował 5 chorych, a więc z górą 1% uległo temu smutnemu losowi, a u 3 z nich nastąpiła zupełna utrata wzroku oka drugiego. Za czasów wydobycia płatowego nie znano wcale tego najsmutniejszego z następstw nieszczęśliwéj operacyi zaćmy. Te ciężkie, przewlekłe zapalenia nie znoszą wprawdzie zupełnie zysku osiągniętego skutkiem zmniejszenia odsetki ropienia, ale uszczuplają go znacznie. Operacyja Graefego pozostawiała więc, mimo znacznego zmniejszenia odsetki zupełnych strat, zwłaszcza co do przebiegu sprawy gojenia w dość pokaźnéj ilości przypadków wiele do życzenia, a okoliczność ta uprawniała w pełnéj mierze dalsze usiłowaia, dążące do ulepszenia operacyi zaćmy.

Z powyższego przedstawienia zmian, jakim w ciągu lat operacyja Graefego ulegała, widocznem jest, że coraz bardziéj oddalano się od cięcia ściśle linijowego Późniejszych różnorodnych zmian cięcia, przedstawiających wysokość płatową 1·5 do 2 mm. wynoszącą, nie można nawet, ściśle biorąc, uważać już za linijowe, skoro Graefe sam z pojęciem takiego cięcia godził płat co najwyżéj na 1 mm. wysoki.

Pierwszym, który do cięcia płatowego otwarcie powrócił, był Wecker. W roku 1875 przedstawił on na zjeździe w Heidelbergu i opisał (*Annales d'oculist.* LXXIII, str. 264) swój sposób operowania, który wydobyciem płatowem o b w o d o w e m nazwał. Nie wdając się w opis całéj operacyi, mianowicie dalszych jéj chwil i szczegółów, które zresztą Wecker od owego czasu kilkakrotnie zmieniał, przytoczę tylko sposób prowadzenia cięcia, które nas tutaj głównie obchodzi, tak jak go Wecker podał. Asystent unosi powiekę górną, operator zaś, ustaliwszy gałkę oczną, odcina bardzo dokładnie górną trzecią część rogówki ściśle na jéj granicy twardówkowéj. W ten sposób tworzy on, jeżeli rogówka ma 12 mm. średnicy, płat, którego wysokość 4 milim., a podstawa 11·32 mm. wynosi. Do cięcia używał Wecker nożyka o połowę węższego od dawnego nożyka Beera, a mającego podwójną szerokość nożyka Graefego. W operacyi téj nie wycinał on wcale tęczówki, a chcąc zapobiedz jéj opadaniu i wrastaniu, odprowadzał ją za pomocą małéj kopystki i zapuszczał dwukrotnie ½% rozczyn ezeryny. Przekonawszy się atoli, że mimo tych środków tęczówka opada zbyt często w ranę, prowadził Wecker późniéj (*Annales d'Oculist.* LXYXI, str. 110, 1879) już nie swoim, lecz Graefego nożykiem cięcie płatowe. ale tylko na 3 mm. wysokie, a za to wycinał mały kawałek tęczówki tak, iżby szczelina nie dochodziła do brzegu, a ramiona jéj zbiegały się ku obwodowi, pragnąc w ten sposób uniknąć zeszpecenia i olśnienia, jakie sprawia w operacyi Graefego szczelina szeroka o brzegach ku obwodowi rozbieżnych.

Na 444 ócz tak operowanych wydarzyło się ropienie w 2·7% (po sposobie Graefego tylko w 2·2%), ale za to zmniejszyła się odsetka zarośnięcia źrenicy z 4·27% na 2·49%. Wynik zupełnie pomyślny osiągnięto w 92 do 93% (podług Graefego w 85%), pośledni 4 do 5%, (sposobem Graefego 10%), zły w 2 do 3%, zamiast 5% po operacyi Graefego.

Gałęzowski niezadowolony z wyników operacyi Grae

fego, po któréj na ostatnich 93 przypadków wydarzyło mu się, mimo najściślejszéj antyseptyki, 5 razy ropne zapalenie całéj gałki ocznéj, powrócił w roku 1883 (*Recueil d'Ophthalm.* Nr. 3) także do cięcia płatowego. Wązki nożyk Graefego wbija on na saméj granicy rogówkowo-twardówkowéj około 3 mm. powyżéj poziomego południka rogówki, rozcina nim od razu torebkę w kierunku pionowym i poziomym, wykłuwa go następnie i przecina rogówkę tak, że środek ranki przypada w odległości 2 milim. od górnego brzegu twardówki. Tęczówkę wycina tylko wyjątkowo według wskazań szczegółowych. Na 486 przypadków w ten sposób operowanych był wynik pomyślny 437 razy (89·91%), zarośnięcie źrenicy wydarzyło się w 35 (7·82%), ropne zapalenie całego oka w 13 (2·67%), a przepuklina tęczówki w 25 (5·14%) przypadkach.

Od roku 1884 (*Annal. d'Ocul.*) wykonywa Wecker znów cięcie płatowe obwodowe bez irydektomii, a od roku 1886 (*ibid.*) wstrzykuje, celem zabezpieczenia się od opadnięcia tęczówki w rankę, ezerynę do komórki przodkowéj. Zalecając ten sposób bardzo gorąco twierdzi on, że po żadnym innym nie miał wyników tak dobrych.

W tym ogólnym i ile możności zwięzłym zarysie starałem się przedstawić historyję wydobycia katarakty w ciągu 30 lat ostatnich. Aby przedstawienie uprościć, poprzestałem przeważnie na przytoczeniu głównych zmian, jakim w ciągu tego czasu ulegało samo cięcie, a wspomniałem tylko o tyle o innych częściach i szczegółach operacyi, o ile mi się to do zrozumienia rzeczy potrzebnem zdawało. Pominąłem też wiele odmian cięcia samego, które się w tym czasie pojawiły, a mianowicie te wszystkie, które się ani bardziéj upowszechnić, ani też na dalszy rozwój nauki donioślejszego wpływu wywrzeć nie zdołały. Do takich należą cięcia, które Adolf Weber, Edward Jaeger, Stefan, Küchler, Lebrun, Liebreich, Horner itd. podali i wykonywali. (C. d. n.)

III. Z oddziału prymaryjusza Dra Stanisława Paszkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O podskórnem użyciu antipyriny.

Podał
Dr. Jan Bednarski,
sekundaryjusz tegoż oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 46).

V. W zapaleniu gośćcowem stawu kolanowego ze znacznym wysiękiem do stawu u Wojciecha B. W przypadku tym najwięcéj dokuczał choremu ból, nie ustępujący mimo podawania wewnętrznie antipyryny i kwasu salicylowego. Jednorazowe zastrzyknięcie antipyryny w zwykłéj dawce wystarczyło do usunięcia bólu tak, że chory mógł swobodnie poruszać nogą. W 3 dni później zrobiono drugą injekcyję. Po kilkunastu dniach można było zauważyć zmniejszenie się obrzęku, ból ustąpił zupełnie tak, że chory mógł się już przechodzić. Dalszéj obserwacyi brak, gdyż chory wypisał się ze szpitala.

VI. U Katarzyny M. dotkniętéj wadą serca w okresie zniesionéj kompensacyi zastosowano 2 razy injekcyje antipyryny po 0·25 grm. z powodu duszności i bezsenności. Po injekcyjach chora podmiotowo czuła ulgę znaczną.

Oprócz powyżéj opisanych przypadków robiono jeszcze injekcyje: 4 razy w kardijalgii, 2 razy w pleurodynii zawsze z pomyślnym wynikiem.

Przy wstrzykiwaniu antipyryny posługiwałem się zwykłą strzykawką Pravaza z przestrzeganiem zasad przeciwgnilnych. Jakkolwiek bowiem antipyryna ma być, jak niektórzy sądzą, środkiem przeciwgnilnym, to jednakowoż, ponieważ w tym kierunku jeszcze nie jest dokładnie wypróbowaną, mianowicie w jakim rozczynie i w jakich warunkach działanie powyższe na istoty gnilne wywiera, przeto lepiéj jest mieć się na ostrożności, zwłaszcza, iż znane są przypadki, gdzie po injekcyi tworzyły się ropnie, stanowiące bardzo nie miłe powikłanie. Zresztą kwas karbolowy oddaje tu bardzo dobrą usługę, mianowicie przy przepłukiwaniu strzykawki po dokonanéj injekcyi, w celu zapobieżenia zatkaniu światła igiełki przez osadzające się kryształki antipyryny; tę czynność należy dopóty powtarzać, dopóki płyn barwy mlecznéj zupełnie się nie wyjaśni. W braku kwasu karbolowego może służyć także do tego celu woda, lepiéj gdy jest ogrzana.

Co się tyczy miejsca, to najlepiéj jest stosować injekcyje w pobliżu siedziby bólu, o ile na to inne okoliczności pozwalają.

Rozczynu używałem na pół z wodą (*Antipyrini aquae destill. utr. āā*), z czego brałem na dawkę całą strzykawkę = 0·50 antipyryny. Mniejsze dawki nie zawsze odnoszą pożądany skutek, do większych nigdy nie potrzebowałem się uciekać. Ujemne strony przy tym sposobie stosowania są dość znaczne i tak:

1) Uczucie napięcia i ból piekący w miejscu injekcyi, trwający od kwadransa nie rzadko do kilku godzin.

2) Z powodu trudnéj wessalności antipyryny tworzą się guzy, które nieraz przez kilka dni są widoczne i przy dotyku są bolesne. Massowanie i prąd elektryczny stósowany zaraz po injekcyi nie usuwają takowych. Chcąc uniknąć powyższych następstw, próbowałem wstrzykiwać antipyrynę z pewną ilością kokainy, jednakowoż i ten sposób nie doprowadził do celu. Dopiero następujące postępowanie usunęło wszystkie niedogodności. I tak powstawaniu bólu zapobiegałem w ten sposób, iż najpierw zastrzykiwałem 2—3 centigr. kokainy, a następnie po znieczuleniu aplikowałem antipyrynę. Przy tym sposobie chory nie tylko że w kilka minut pozbywał się pierwotnego bólu, lecz także nie doznawał bólu, jaki antipyryna wywoływała zastosowana, bez znieczulenia poprzedniego. Tem się też tłomaczy, iż w pierwszym przypadku tak późno skutek był widoczny (użyto pierwszego sposobu), gdy natomiast w następnych przypadkach ulga występowała w przeciągu kilku minut. Nadto osiąga się także przy tym sposobie i inne korzyści. Mając bowiem pewien obszar znieczulony, mogę wbić igiełkę dość głęboko lub przenieść takową w innym kierunku, nie wywołując bólu, rozłożyć płyn na większą przestrzeń, a przezto zapobiedz wytwarzaniu się guzów, a ewentualnie zgorzeli skóry, sprowadzonéj przez napięcie. W tym celu (dla zapobiegnięcia powstawaniu guzów) starałem się również o to, aby płyn dostawał się do skóry, a nie tkanki podskórnéj. Jakkolwiek ta ostatnia jest luźniéj zbudowana i znaczne posiada przestwory, to jednakowoż bogatsze unaczynienie skóry i większa ilość kurczliwych składników tejże ułatwia znakomicie wessanie. Sposób ten jest wprawdzie nieco skomplikowany i wymagający więcéj zachodów, lecz korzyści z niego są znaczne. Uwalnia się bowiem przez to chorego od przykrych dolegliwości i nieprzyjemnych następstw, a nadto daje się zastosować u osób bardzo wrażliwych. Sposobu tego używałem u wszystkich chorych, wyjąwszy pierwszy przypadek i przyznać muszę, że oddal mi bardzo dobre usługi, a mimo znacznéj ilości wstrzykiwań nie zauważyłem ani zgorzeli skóry, ani ropniów.

Germain Seé, który pierwszy zalecił przeciw nerwobólom wstrzykiwanie antipyryny wyraża się mniéj lub więcéj tak: Niema bólu, któregoby injekcyja antipyryny nie usunęła. Zdanie to na mocy powyższych spo-

strzeżeń w całości potwierdzić można. Rozglądając się w naszych przypadkach, odznaczających się uporczywością, musimy przyznać, iż antipyryna w wysokim stopniu posiada własności uśmierzania bólów. Jakkolwiek może pod względem szybkości w działaniu stoi nieco niżéj od morfiny, to jednak pod względem pewności dorównywa jéj w niektórych przypadkach, działa nawet tam, gdzie morfina okazała się bezskuteczną, lub nie była znoszoną (*Irritatio spinalis*), lub w końcu była przeciwwskazaną (*Endocarditis*). Stoi zaś wyżéj z powodów następujących: 1) Nie wywołuje przykrych dolegliwości, jak odurzenia, wymiotów, nudności etc. 2) Nie upośledza ruchu robaczkowego jelit. 3) Po antipyrynie skutek trwa dłużéj niż po morfinie; czasem nawet jednorazowe zastrzyknięcie usuwa bóle i to trwale. 4) Organizm nie przyzwyczaja się do niéj 5) Można ją stosować bez względu na wiek. 6) Ma mniéj przeciwwskazań.

Co się tyczy snu, jaki po injekcyi antipyryny występuje, to takowego nie można porównywać ze snem po morfinie, jest to tylko sen fizyjologiczny, występujący po zmęczeniu wskutek bólu, gdy tymczasem sen po morfinie jest sztucznie wywołanym wskutek działania tego leku na środki nerwowe. Wielu zarzuca antipyrynie, iż wywołuje zatrucia, że po injekcyjach występują ropnie. Co się tyczy pierwszego zarzutu, to trzeba zatrucia te wziąć albo na karb wielkich dawek, albo też na karb idijosynkrazyi do tego środka, która tylko w wyjątkowych razach się zdarza i zresztą to wcale nie zmniejsza wartości antipyryny. Chinina, apomorfina, kw. karbolowy, jodoform itd. rownież wywołują u pewnych osób zaburzenia, a mimo to nikt się nie znajdzie, ktoby je z tego powodu radził zaniechać ich użycia. Co się tyczy zaś ropniów, jakie się mają zdarzać po injekcyi, to te należą chyba do rzadkości, a trzeba je wziąć nie na karb leku samego, lecz na karb nieostrożnego zastosowania (złéj antiseptyki).

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Doc. pryw. Kurłow: **O zmianach krwi u zwierząt w ciągu pierwszego roku po wycięciu śledziony.**

Czynność śledziony nie jest dotychczas jeszcze dobrze znaną, również nie są znane dobrze zmiany, jakie zachodzą w ustroju zwierząt i ludzi po wycięciu śledziony. Przynajmniéj zdania rozmaitych autorów znacznie się różnią w tym względzie. Dr. Kurłow zadał sobie pracę zbadania zachowania się białych ciałek krwi u morskich świnek po wycięciu śledziony. Pracę tę wykonał w pracowni prof. Ehrlicha pod jego bezpośredniem kierownictwem. W celu dokładniejszego zbadania kwestyi uwzględnił nietylko zmiany w ilości białych ciałek wogóle, lecz i zmiany ilościowe rozmaitych ich rodzajów. Przyjmuje on podział białych ciałek, podany przez prof. Ehrlicha, na 4 grupy: 1) Limfocyty, ciałka pochodzące z gruczołów limfatycznych, odznaczają się dużem jądrem otoczonem ledwie wyraźną warstwą pierwoszcza. 2) Duże jedno-jądrowe, inaczéj epitelioidalne komórki, posiadające duże jądro otoczone znaczną warstwą nieziarnistego pierwoszcza. 3) Postać przejściowa, są to komórki grupy 2-giéj, które zawierają jądro kształtu nerkowatego lub podkowiastego i posiadają czasem ziarnistość. Téj postaci jednak nie widział autor nigdy we krwi świnek morskich i 4) ziarniste wielojądrowe komórki, znajdujące się przeważnie w szpiku kostnym, zawierające kilka jąder albo też jedno kształtu nieregularnego. W pierwoszczu znajduje się ziarnistość, zachowanie się któréj względem barwików jest bardzo różne. Na podstawie ostatniéj własności dzielą te komórki na t. z. eosinofilne, neutrofilne itd. Większość uczonych przypuszcza obecnie, że śledziona wytwarza przeważnie 2-gi rodzaj białych ciałek. Wyniki pracy Dra Kurłowa są następujące: 1) Świnki morskie znoszą wcale dobrze wycięcie śledziony, które nie wpływa wcale na czynności ich ustroju. Młode takich zwierząt są zupełnie prawidłowe i posiadają śledzionę. 2) Po wycięciu śledziony rozwija się po pewnym czasie nieznaczny przerost gruczołów limfatycznych i to przeważnie kreskowych i zaotrzewnowych. 3) Stosownie do powiększenia się gruczołów limfatycznych zwiększa się znacznie we krwi takich zwierząt ilość limfocytów, których procent od stanu prawidłowego 30 podnosi się aż do 60. 4) Ilość i jakość komórek ziarnistych pozostaje bez żadnéj zmiany. 5) Zdarzające się czasem powiększenie ilości komórek ziarnistych wskazuje jakąś chorobę najczęściéj ropienie wskutek nieczysto wykonanéj operacyi. 6) Ilość komórek jedno jądrowych pozostaje bez zmiany po wycięciu śledziony. Spostrzeżenie to każe odrzucić przypuszczenie, że śledziona wytwarza ten rodzaj białych ciałek. Wszystkie powyższe zmiany odnoszą się do pierwszego roku po wycięciu śledziony. Autor czyni obecnie dalsze badania nad pozostałemi przy życiu bezśledzionowemi zwierzętami. (*Wracz*, 1889, Nr. 23 i 24). *A. W.*

Patologija.

† Dr. Wooldridge twierdzi, że limfa i sok mleczny wstrzyknięte do krwi wywołują zatrucie, polegające na zatkaniu naczyń, skłonności do krwotoków, gorączce i zmniejszeniu szybkości krzepnięcia krwi. Zatrucie to albo może się skończyć śmiercią, albo też w przypadkach lżejszych wywołać puchlinę. Ażeby wywołać takie zatrucie, należy podług autora wstrzyknąć pewną ilość limfy w przeciągu oznaczonego czasu, wstrzykiwanie bowiem szybkie nawet nieznacznéj ilości limfy sprowadza nagłą śmierć, gdy tymczasem ta sama ilość wstrzyknięta do krwi powoli w ciągu 3—4 minut nie wywołuje żadnych zmian. W chorobach serca obieg krwi staje się znacznie powolniejszym, a to zwolnienie odgrywa taką samą rolę względem wstępowania do krwi limfy z przewodu piersiowego jak i szybkie jéj wstrzyknięcie. Na téj podstawie twierdzi Wooldridge, że puchlina w chorobach serca powstaje wskutek takiego samo-zatrucia limfą, a przyczyny mechaniczne odgrywają tutaj co najwięcéj rolę drugorzędną. (*The British med. Journ.*, 9 lutego).

Farmakologija.

Kostko. **Eucalyptus w tyfusie.**

Środka tego poleconego przez Leiczton-Kestewena autor używał u 10 chorych, z których żaden nie umarł. U 4-ech chorych ciepłota na drugi dzień spadała o 1°/, a na czwarty stawała się prawidłową. U 7-miu chorych biegunka ustała od tego leku, u 3-ech zaś przeszło po zadawaniu drobnego proszku naftaliny (3—5 gr. *pro dosi*, 3 razy dziennie). Środek przeciwtyfusowy daje się w postaci *tnc. eucalypti* 3—4 razy dziennie po łyżeczce. (*Wojenno-Sanitarnoje Dieło*, Nr. 24). *Dr. J. Talko.*

Givopiszew: **Przyczynek do znajomości działania Hydrastis canadensis.**

1) Rozczyny wodne tego leku nie są nigdy trujące nawet w wielkich dawkach dla zwierząt ciepło-krwistych. 2) Fizyjologiczne działanie *hydrastis* polega na obniżaniu parcia krwi i zmniejszaniu napięcia ściany tętniczéj. 3) Środek ten sprowadza zawsze kurcze macicy. W użyciu jego należy zawsze dać pierwszeństwo wyciągowi wodnemu. Najwybitniéj występuje działanie jego na macicę ciężarną, najmniéj cechująco na macicę dziewiczą. 4) Wielkie dawki leku mogą po ukończeniu się czwartego miesiąca ciąży ewentualnie sprowadzić przedwczesne bóle. Ztąd czyni G. wniosek, że *Hydrastis* jest znakomitym lekiem przeciw krwotokom macicznym lub nowotworom macicy. Także w obfitych krwawieniach po menopauzie działanie było bardzo dobre. Wpływ leku na skurcze macicy jest zawsze szybki, choć nie tak wybitnie jak po ergotynie. Środek ten nigdy nie sprowadził nieprzyjemnych objawów ubocznych, a przedewszystkiem nieżytów żołądkowo-jelitowych, przeciwnie spostrzeżono, że istniejąca niestrawność doznała polepszenia po kilkakrotnem zastosowaniu leku. (*Bul. gén. de Ther.*).

Choroby wewnętrzne.

W. Braune: **O kącie Ludwika pod względem anatomicznym i klinicznym.**

1) Przez kąt mostkowy, kąt Louisa, angulus Ludovici rozumiemy kąt, który tworzą rękojeść i trzon mostka, z wy-

pukłością na zewnątrz zwróconą, widoczny jako poprzeczna wystająca listwa przy nasadzie drugiego żebra. Kąta tego użyto jako wskazówki dyjagnostycznej dla rozpoczynających suchot płucnych, twierdząc, że powstaje w następstwie zapadnięcia się rękojeści wskutek ściągania się płuca. 2) Kąt ten jest częściowym objawem przystosowania się ściany klatki piersiowéj do powierzchni płuc, która dokładnie przykłada się do zaciągnień i wypukłości treści klatki piersiowéj. 3) Ta zmiana postaci ściany klatki jest nietylko następstwem pociągania przez tkankę łączną, lecz także jest głównie następstwem ciśnienia atmosferycznego; zdarza się ona także po zapaleniu opłucnéj bez zrostów tkanki łącznéj. 4) Doświadczenie poucza, że kąt mostkowy nie zawsze przydarza się w gruźlicy płuc, lecz także wobec prawidłowych stosunków płuc, a mianowicie zdarza się także w rozedmie. 5) Może być sztucznie wywołany przez nadmierne ruchy oddechowe żeber po poprzecznem rozdzieleniu mostka na jego pojedyncze odcinki. 6) Mostek jest narządem tamującym dla żeber, gdy zamienił się w jednolitą stężałą kość i tak samo tamują żebra ruchy mostka. 7) Po oddzieleniu rękojeści można płuca daleko więcéj rozdąć, niż przedtem, a wtedy posuwa się rękojeść uwolniona od wstrzymującego ją trzonu mostka daleko ku górze, tworząc kąt mostkowy. 8) Mostek gubi i rozstępuje się po urazowych uszkodzeniach, a dyslokowane odłamki mogą więc w pewnych warunkach dać wskazanie do szwu kostnego, w każdym razie wymagają opatrunku uciskającego klatkę piersiową z uniemożliwieniem zbyt silnych ruchów wdechowych górnych żeber. 9) Kąt mostkowy powstaje wskutek nasilonych ruchów wdechowych, przydarza się więc najczęściéj w rozedmie płuc, jeżeli ona występuje wczas, wobec jeszcze giętkiego podatnego stanu mostka. 10) Nie jest jednak wykluczonem, że także w rzadkich przypadkach znacznego skurczenia się szczytów płuc, przy ścisłem umiej cowieniu, przez zapadnięcie się rękojeści wobec nieruchomego trzonu mostka, kąt wytwarzać się może (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1888, str. 304—324).

J. Comby: **O zapaleniu opłucnéj tętniącem.**

W *pleuritis pulsans* doznaje chora strona klatki piersiowéj wstrząśnienia przez rytmiczne uderzenia, synchroniczne z tętnem i skurczeniami serca. Wstrząśnienia te rozszerzają się jużto na znaczną powierzchnię klatki piersiowéj, już też ograniczają się do miejsca wysięku. *Pleuritis pulsans* jest prawie zawsze lewostronna i ropna i dla tego posiada wystąpienie tętnienia bardzo ważne znaczenie. Możliwe jest branie objawu za tętniak, można jednak uchronić się od błędu w rozpoznaniu przez dokładne opukiwanie i wysłuchiwanie. Po wypuszczeniu ropy powstaje najczęściéj odma piersiowa, ponieważ płuco uległo takiéj niedodmie, że już więcéj nie wypełnia dokładnie przestworu klatki p. Po wypróżnieniu jamy opłucnowéj znika tętnienie, które występuje na nowo, jeżeli się jama znowu napełni wypociną. Serce ulega najczęściéj przemieszczeniu na prawo, gdzie zostaje przez zrosty ustalone. Do wytłómaczenia przyczyny i mechanizmu tego dziwnego i rzadkiego zjawiska podano cztery teoryje, z których jednak żadna nie wystarcza do wyjaśnienia wszystkich spostrzeżeń. (*Arch. gén. de med.*, 1889, kwiecień).

E. Gaucher: **Badania doświadczalne nad zapaleniem nerek wskutek samo-zakażenia.**

Nawiązując do poprzedniéj pracy, w któréj G. doświadczalnie wykazał, że zbyt wielka ilość tyrozyny we krwi sprowadzić może zapalenie nerek z wszystkiemi anatomiczno-histologicznemi własnościami zapalenia nerek z otrucia, stara się obecnie udowodnić, że szereg ciał, które jako wytwory rozkładowe istoty, azot zawierającéj, w ustroju zwierzęcym występują, w podobny sposób działać mogą. Podawszy kilka uwag o produktach rozkładowych ciał białkowatych i ich prawdopodobnem stanowisku w téj sprawie, któréj okresem końcowym jest mocznik, twierdzi, że ponieważ ten ostatni tworzy się w wątrobie, to jasnem jest częste powikłanie chorób wątroby z miąższowem zapaleniem nerek. Zwolniony i zbyt szybki, a przytem niedostateczny rozkład ciał białkowatych ułatwia tworzenie się takich wytworów pośrednich (leucyna, tyrozyna, kreatyna, kreatynina itd.). Te wytworzone w ustroju wydzielają się ustawicznie nerkami, w których mogą wywołać zapalenie. G. wstrzykiwał świnkom morskim podskórnie roztczyny leucyny, tyrozyny, kreatyny, kreatyniny, ksantyny i hypoksantyny. Wszystkie zwierzęta ginęły po kilku dniach pod wpływem wstrzykiwań, a nerki wykazywały obraz zapalenia miąższowego, występującego najwyraźniej na przybłonku ceweczek krętych, podobnie jak po zatruciu metalami. G. też sądzi, że miąższowe zapalenie nerek, występuje w przebiegu wielu chorób zakaźnych, jest im analogiczne i że można je uważać za następstwo wydzielania się toksyny, wytworzonéj w odnośnych ustrojach. Także niektóre pokarmy i pożywki zawierają takie trujące wytwory rozkładowe (wyciąg i proszek mięsny itd.) i dla tego ostrzega przed podawaniem takowych szczególnie w chorobach nerek i wątroby. (*W. kl. Woch.*, 1889, Nr. 29).

Choroby dzieci.

Wichmann: **Epidemija pęcherzycy zaraźliwéj nowo-narodzonych.**

W. donosi o powyższéj epidemii, spostrzeganéj w Kristianssund, następujące szczegóły: Choroba występowała najczęściéj już trzeciego lub czwartego dnia po porodzie; dziecko stało się niespokojnem, krzyczało, gorączkowało nieco, okazując przy tem objawy niestrawności, bębnicę i nieżyt kiszek. Równocześnie pokazywały się czerwone plamy na brzuchu szyi, twarzy i kończynach, tylko nie na dłoni i podeszwie. Plamy te już następnego dnia zamieniały się w pęcherze od wielkości soczewicy dochodzące do rozmiarów jaja gołębiego z treścią surowiczą. Niekiedy powierzchnia pozbawiona przyskórka po pęknięciu zlewających się pęcherzy była znaczną. Wydzielina zdawała się zarażać sąsiednie części skóry. Gojenie odbywało się wśród wytwarzania się strupów, bez tworzenia blizn. Cała choroba trwała do trzech tygodni. Wogóle zapadło na *Pemphigus neonatorum contagiosus 22* nowo-narodzonych dzieci, z których 3 umarło. W tych ostatnich przypadkach były znaczne przestrzenie skóry pozbawione przyskórka, jak to bywa przy oparzeniu. W 5-ciu przypadkach nastąpiło przeniesienie choroby na osoby starsze, n. p. przez używanie tych samych gąbek. Choroba występowała tylko w praktyce jednéj położnéj i prawdopodobnie został zarazek przeniesiony za pośrednictwem jéj wełnianych rękawiczek. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.). *Dr. Baschkopf.*

Jaksch, Hagenbach: **Zapalenie nerek po chorobach ostrych zakaźnych.**

Białkomocz w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci występuje rzadziéj, niż u dorosłych (u ostatnich w 35·2%, u dzieci 19·6%). Wynika stąd, że białkomocz ma u dzieci w chorobach gorączkowych większe znaczenie i rokowanie pogarsza. Mocz dzieci, chorych na rozmaite choroby zakaźne, zawiera prawie zawsze, dopóki trwa gorączka, wielką ilość rozmaitych mikro-organizmów; żaden rodzaj bakteryj jednak nie przeważa. J. nawiązuje dłuższy nieco wywód o zapaleniu nerek ostrem, samoistnem u dzieci, przytacza cztery własne przypadki, w których ani z wywiadów ani badaniem przedmiotowem nie można było wyszukać przyczyny i sądzi, że powodem tego zapalenia były mikro-organizmy znalezione w osadzie (za pomocą metod Grama i Löfflera). Na okoliczność tę zwrócił pierwszy uwagę Letzerich; Jaksch wogóle zgadza się z nim, przeczy jednak stanowczo, jakoby Letzericha grzybek był jedynym, który samoistne ostre zapalenie nerek wywołać może. Przechodząc daléj do omówienia mocznicy i amonemii, na doświadczeniach na zwierzętach oparty sądzi, że: uremija powstaje skutkiem działania pierwiastków trujących (*Toxine*), w moczu prawidłowym się znajdujących (Bouchard), których z powodu niedostatecznego działania nerek ustrój nie wydzielił i w znaczniejszéj ilości tamże się nagromadziły. Amonemija zaś powstaje przez działanie ciał podobnych do alkaloidów, które w narządzie moczowym, jednak nie w nerkach, skutkiem rozkładu moczu powstały i które chora błona śluzowa tegoż narządu wessała. Przy podawaniu nowszych antipyretików w przebiegu zapalenia nerek przekonał się, że one nie szkodzą, jednak i nie pomagają z wyjątkiem salicylanu sodowego, który dobrze działa w zapaleniu nerek po płonicy. Zresztą poleca przedewszystkiem pożywienie mleczne.

Hagenbach opisuje obraz kliniczny zapalenia nerek po

chorobach zakaźnych, zwraca uwagę na autopsyje chorych zmarłych na płonicę, u których znaleziono zapalenie nerek, chociaż za życia żadnych nie było objawów (Henoch), a więc przy ocenianiu t. z. *Hydrops scarlatinosus* każe być bardzo ostrożnym. Ciężkie postacie zapalenia nerek po płonicy występują zwykle bardzo późno. Zapalenie nerek ostre występuje po płonicy rzadko (sam białkomocz bardzo często), po odrze bardzo rzadko, po ospie wietrznéj, po zapaleniu jamy ust wrzodzikowem, zapaleniu gruczołu przyusznego i migdałków (ważne ze względu na możność brania za płonicę) wreszcie według świeżych badań Kjellberga w Stockholmie w ostrym i przewlekłym nieżycie kiszek i to bardzo często, bo aż w 46% dzieci z nieżytem kiszkowym sekcyjonowanych.

W leczeniu poleca H. pożywienie mleczne, nie wyłączne lecz mięszane z wodnikami węgla, daléj leki napotne, a zwłaszcza działanie suchego gorąca za pomocą odpowiednio sporządzonego przyrządu (Dr. Dubois z Berna w Szw.); z leków w ścisłem tego słowa znaczeniu nie przypisuje żadnemu wyraźniejszego korzystnego działania. (*Rozprawy w Sekcyi pedryjatrycznéj 61 Zjazdu lek. i przyr. niem.*). *Dr. Kaden.*

Chirurgija.

J. Mikulicz: **Doświadczenia nad opatrunkiem trwałym i leczeniem ran bez sączków.**

M. trzyma się od dwóch lat w wielu przypadkach i to z dobrym wynikiem przepisów Schedego o leczeniu pod wilgotnym strupem krwi. M. nie posiada przyrządu do sterylizowania, używa zresztą także roczczynów karbolu i sublimatu, sterylizowanego jedwabiu i drutu srebrnego. Gąbki zastępuje wacikami z sublimatowéj bawełny drzewnéj, pokrytemi muślinem, a przechowanemi w roczczynie sublimatowym, które po użyciu się niszczy. Na ranę kładzie M. *silk protective* albo papier gutaperchowy, na to 10% gazę jodoformową zwilżoną 5% roczczynem karbolowym, a na nią poduszkę z mchu. Podczas operacyi zrasza się ranę co 5 minut sublimatem, następnie podwiązuje się wszystkie krwawiące naczynia, ranę jeszcze raz dokładnie się wymywa roczczynem przeciwgnilnym, najczęściéj 5% kwasem karbolowym, który się potem spłukuje roczczynem sublimatu. Następnie zamyka się ranę za pomocą szeregu szwów z jedwabiu lub srebra, jakoteż szwu katgutowego. Należy zostawić w 2-ch miejscach otwory, przez któreby wewnątrz rany gromadząca się krew łatwo odpłynąć mogła; większemu nagromadzeniu się krwi zapobiega założony późniéj lekko uciskający opatrunek. Tylko gdy się rozchodzi o braki, niedające się pokryć przez naciąganie części sąsiednich, powinny te otwory, według prawideł Schedego, odpowiadać najwyższemu punktowi jamy rannéj. Na nie daje się paski silku, a na całą ranę cztery warstwy wilgotnéj gazy jodoformowej, a w końcu poduszki z mchu, opatrunek z małemi wyjątkami pozostawia się niezmieniony aż do zupełnego zagojenia się rany. W ten sposób leczy M. wszystkie rany, które przed założeniem opatrunku są aseptycznemi i prawdopodobnie w dalszym przebiegu nie mogą uledz zakażeniu. Tylko w operacyjach z powodu spraw gruźliczych wprowadził świeżo pierwotne wytamponowanie rany gazą jodoformową, ponieważ po pierwszem postępowaniu widział często szybką miejscową recydywę; zresztą przebiegały dobrze wszystkie 160 większych operacyj, które M w ostatnich dwóch latach według powyższych zasad wykonał i leczył, tylko jeden z operowanych umarł w 16 dni po operacyi i przy braku oddziaływania ze strony rany wskutek gruźlicy płuc. 133 ran zagoiło się bez wszelkiego ropienia, tak że w pozostałych przypadkach prawie nigdy nie było gorączki, tylko 3 razy musiano wcześnie usunąć opatrunek wskutek podwyższenia ciepłoty i bólów. (*Cntrblt. f. Chir.*, Nr. 34).

Lavaux: **O wprowadzeniu cewnika w chorobach gruczołu krokowego.**

Podczas kateteryzowania osób, dotkniętych cierpieniami gruczołu krokowego, występują często bardzo ciężkie objawy, które według Guyona są następstwem gwałtownego zapalenia *tractus urethralis*, według innych zaś powstają one wskutek zamienienia się istniejących często przewlekłych zapaleń pęcherza mocz. w bardzo ostre, przyczem drobnoustroje chorobotwórcze główną mogą odgrywać rolę. W celu uniknięcia tych nieprzyjemnych powikłań radzą jedni, aby pęcherz zupełnie wypróżnić, przepłukać i kateteryzować; Guyon znowu wypróżnia pęcherz powoli wśród ostrożności przeciwgnilnych i unika kateteryzowania w bardzo ciężkich przypadkach. Postępowanie L., którem osiąga dobre wyniki, jest następujące: Po dokładnem przeciwgnilnem oczyszczeniu pęcherza wprowadza się cewnik, wypróżnianie pęcherza przerywa się krótko przed zakończeniem, poczem wstrzykuje się kilka razy po 200 gramów letniego roczczynu kwasu borowego, dopóki płyn odchodzący nie jest zupełnie czysty, poczem wstrzykuje się poraz ostatni i zostawia się w pęcherzu. (*Viertelj. für Derm. u. Syph*, 1888, zeszyt 3).

Loewenberg: **O przyrodzie i leczeniu czéraka, szczególnie ucha zewnętrznego.**

Pierwszy czérak powstaje wskutek wtargnięcia chorobotwórczych koków z zewnątrz do torebek włosowych, a względnie do przewodów gruczołów łojowych; w podobny sposób powstają i następne przez samo-zakażenie, gdyż drobnoustroje znajdujące się w wypływającéj ropie dostają się do sąsiednich torebek, podczas gdy na odleglejsze miejsca przenoszą je palce, bielizna. Również istnieje możność zarażenia drugich osobników. Tylko w przypadkach ciężkich, połączonych z zapaleniem żył i posocznicą wykazać można zakażenie krwi kokami. Leczenie polega na używaniu nasyconego lub przesyconego roczczynu kwasu borowego w wyskoku, który stosuje się często i przez dłuższy czas, lub po posypaniu kw. borowym pokrywa się miejsce watą i zwilża często wyskokiem. Wobec czéraków w uchu, gdzie L. tylko wtedy przemawia za nacięciem, gdy jest ropa i gdy dostać się można do środka pęcherzyka, poleca autor podobne leczenie pod postacią kąpieli usznych. Wobec ogólnéj furunkulozy poleca zmywania względnie kąpiele z kw. borowym. Ma to być leczenie zarówno poronne jak i przeszkadzające nawrotom. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 28).

Choroby uszne.

H. Nimier (Paryż): **O działaniu huku broni palnéj na słuch.**

Między rozmaitemi objawami, które wybuch broni palnéj wywołuje u osób, wystawionych na jego działanie, zasługuje przedewszystkiem na wzmiankę pęknięcie błony bębenkowéj. Huk broni palnéj jest odgłosem złożonym i składa się: 1) z drgań lufy wskutek przejścia pocisku; 2) z wahań części sąsiednich, jak lafety itd.; 3) z drgań kuli w chwili wyjścia z rury; 4) z fal powietrznych, powstających wskutek ruchu kuli i spalenia się prochu. Sposób działania tego wybuchu na ucho tłómaczymy sobie jako wstrząśnienie błony bębenkowéj z pęknięciem i krwotokami w niéj i błędniku. W większéj liczbie przypadków jednak to tłómaczenie nie jest słusznem, gdyż doświadczalnie można się przekonać, że w chwili huku błona bębenkowa zostaje pociągnięta ku téj stronie, w któréj znajduje się broń, a więc doznaje aspiracyi. Że stan anatomiczny jamy bębenkowéj i jéj części dodatkowych (przewód uszny zewnętrzny i trąbka Eustachiusza) może zmienić działanie wybuchu na narząd słuchu, dowodzi okoliczność, że wrażenie jest mniéj nieprzyjemne, jeżeli się strzału spodziewamy, co jest następstwem zmiany napięcia błony bębenkowéj. Kierunek przewodu usznego do kierunku rury armatniéj także ma wielkie znaczenie. Artylerzyści trzymają się tego przepisu celem uniknięcia nieszczęścia: stań z przeciwnéj strony otworu rury i otwórz usta. Im bardziéj błona bębenkowa napięta, tem łatwiéj pęknąć może; zamknięcie trąbki Eustachijusza, zrost kosteczek słuchowych także może być przyczyną pęknięcia. Brak błony bębenkowéj czyni ucho mniéj wrażliwem na huk, gdyż wtedy fale głosowe mniéj dokładnie dostają się do ucha wewnętrznego. Oprócz pęknięcia błony bębenkowéj powstać może częściowa lub całkowita, przemijająca lub trwała głuchota. Daléj zauważamy podmiotowe szmery, halucynacyje słuchu, szum w uszach itd., będące niekiedy w związku z krwotokami błędnika. Wkońcu zdarzają się rozmaite objawy odruchowe w zakresie sąsiednich jąder n. słuchowego w rdzeniu przedłużonym: zblednienie twarzy, drganie mięśni twarzowych, ślinienie, nerwobóle zębów, omdlenie, ból i zawrót głowy; nigdy nie

spostrzegano wrażeń świetlnych i barwnych. (*Der Militärarzt*, 1889, Nr. 14).

Choroby skórne.

Majew (Petersburg): **O wpływie kiły rodziców na potomków ze względu na ich skłonność do zarażenia się.**

1. Z nielicznemi wyjątkami jest kiłą zarażony ochroniony przed ponownem zarażeniem się. 2. *Immunitas* ta przechodzi także na dzieci zarażonego. Dotknięty kiłą dziedziczną jest zwykle zabezpieczony przed świeżem zakażeniem. 3. M zajmuje się pytaniem, czy ochrona przenosi się także na trzecie pokolenie i czy zarażenie dziadków przechodzi na wnuków, t. j. czy u nich bez ponownego zarażenia się wykazać można objawy kiły, co usiłuje udowodnić za pomocą następującego przypadku: 35-cioletni inżynier przedstawił autorowi swe 3-letnie dziecko, u którego M. znalazł wybitne owrzodzenie kilakowe; rodzice nie okazują, ani nie okazywali nigdy kiły, którą tylko ojciec matki przebywał. 4. U pojedynczych osób jest ochrona wobec kiły jedynym objawem, że ich rodzice lub dziadkowie mieli kiłę i M. widział często kobiety karmiące obce kiłowe dzieci bez zarażenia się. 5. Ochrona może okazywać różne stopnie, analogicznie do tego, że u rodziców kiłowych pierwsze dziecko okazuje ciężkie objawy, drugie już lżejsze, a trzecie już pozornie jest zdrowe. 6. Jeżeli nie zawsze występuje bezwzględna ochrona, to możnaby przypuścić, że dzieci kiłowych, jeżeli zachorują, okazują tylko objawy lekkie i poronne M. przytacza 2 przypadki, w których ludzie dotknięci kiłą dziedziczną zarażali się, okazywali wybitne wrzody stwardniałe, ale bez objawów następowych. Opierając się na tem, czyni M. wniosek, że postępująca naturalna syfilizacyja ludności może prowadzić do powolnego osłabienia objawów kiłowych; kiła dawniéj była o wiele złośliwszą, niż obecnie. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889, Nr. 8).

Fournier: **Wpływ kiły na układ nerwowy współczulny.**

Układ współczulny ulega często, przynajmniéj u kobiet, zmianom w drugorzędnym okresie kiły, a mianowicie występują w pierwszéj linii zboczenia w ekonomii ciepła ustroju; a) miejscowe: ręce lub nogi bywają niekiedy w różnym stopniu zimne, mianowicie albo tylko chłodne, albo zimne jak lód; w najwyższym stopniu powstają pewne niedogodności, jak uczucie stretwienia, niezdolność do delikatniéjszych robót. To uczucie zimna może się rozszerzyć na przedramiona, względnie na podudzia. Do tych zmian lokalnych mogą przyłączyć się b) zmiany ogólne, mianowicie uczucie zimna, które może być tak znacznem, że chore nawet w lecie marzną; w rzadszych przypadkach powstaje rzeczywisty *status algidus* z dreszczami, dzwonieniem zębów itd. Przyczyną tych zjawisk są zboczenia w krążeniu, jak o tem świadczy tętno, które jest małem, miękkiem, łatwo ugniatalnem, w rzadszych razach nitkowatem, ledwie wyczuwalnem, co sfygmografem także wykazać można. Stan taki z zwolnieniami i przerwami może trwać kilka miesięcy; leczenie wywiera nań tylko mały wpływ i wreszcie powoli ustępuje. Zboczenia te występują tylko u takich chorych kiłowych, którzy równocześnie okazują różne objawy nerwowe, jak nerwobóle, bóle głowy, zboczenia czucia, ogólne nerwowe osłabienie, względnie drażliwość. (*Gaz. des hôpit.* 1888, Nr. 76).

Medycyna sądowa.

Cisterne: **O symulacyi chorób skórnych.**

Sztucznie wywołane choroby skórne spotykamy u ludzi, którzy w ten sposób chcą się uwolnić od służby wojskowéj, lub u żołnierzy, którzy nie chcą pełnić obowiązków, częściéj jeszcze u więźniów lub u ludzi podupadłych którzy tym sposobem chcą uzyskać przyjęcie do szpitala, najczęściéj jednak spostrzegamy je u kobiet histerycznych. Osoby takie używają najrozmaitszych środków. Tak spotykamy się z urazowemi obrażeniami, stłuczeniem, ukąszeniem; daléj są w używaniu: środki pryszczące, ługi żrące, kwasy, żar. środki sprowadzające guziczki (pomady alkaliczne), lub pęcherze (terpentyna, siarka, dziegieć, maść rtęciowa, oléj krotonowy), lub krosty (*Unguentum Autenriethi*); powstałe obrażenia zmieniają znacznie przez ciągłe drażnienie i drapanie. Odróżniają się od dobrowolnie powstałych chorób skórnych rożnorodnością zmian nagromadzonych na małéj przestrzeni, nieregularnością w rozszerzaniu się, umiejscowieniem tylko w okolicach dostępnych ręce badanego. Rozpoznanie mimo to jest niekiedy dość trudne. Odważniejsi symulanci wytwarzają sobie wrzody, ropnie, a nawet flegmonę; żołnierze symulują szankra twardego przez ograniczone spalenie skóry, ale stwardniałość wtedy jest mniéj ściśle odgraniczona, na ucisk bolesna, tylko jeden gruczoł bywa obrzmiały i ten jest bolesny. (*Monatschefte f. prakt. Derm.* tom VIII, Nr. 2).

Aubert: **O znaczeniu *gonococcus Neisseri* w medycynie sądowéj.**

Omawiając sądowo-lekarskie znaczenie gonokoków, wyraża A. przeświadczenie, że drobnoustroje te są specyficznym jadem wszystkich spraw rzeżączkowych i że wykazanie ich jest koniecznie potrzebnem w każdym przypadku, gdzie przywięzuje się bardzo wielkie znaczenie do pewnego rozpoznania. A. opisuje sposób, którym się posługiwał i który podaje jako wygodny: suszenie na szkiełkach przedmiotowych bez ogrzewania, barwienie za pomocą wioletu metylowego, obmywanie zwyczajną wodą, szkiełko nakrywkowe, oglądanie pod suchemi soczewkami. Według zdania A. tylko wykazanie gromad koków wewnątrz komórek jest cechującem; znaczenie mają pojedyńcze koki, albo, co o wiele częściéj, dwa obok siebie ułożone, więc na typową postać diplokoków omawianych drobnoustrojów nie kładzie dostatecznéj wagi; omawia wartość sposobu podanego przez Rouxa, służącego do odróżnienia od innych koków (odbarwienie metodą Grama, gonokoki w przeciwieństwie do wszystkich innych diplokoków nie stawiają żadnego oporu). Daléj podnosi A. konieczność, zwłaszcza w rzeżączce u kobiet, badania wydzieliny z najrozmaitszych miejsc. Autor badał z ujemnym wynikiem plamy rzeżączkowe w bieliznie na typowe gonokoki. W końcu wskazuje A. jeszcze na możność przypadkowego zarażenia się rzeżączką „*Gonorrhoea insontium.*" (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 3).

Toksykologija.

Prof. W. Heineke: **Zatrucie zakisowe i jego stosunek do zatrucia sublimatem i gazem świetlnym.**

G. Scheiding (Erlanga): **Zatrucie gazem świetlnym i zakisowe.**

H. zastanawia się nad istotą i teoryjami krzepnięcia jakoteż zatrucia zakisowego, i omawia możność powstania tegoż w zatruciach. Nawiązując do badań Jollesa i Scheidinga, badał drobnowidowo przebieg tych zatruć i znalazł, że w ostro przebiegającem zatruciu sublimatowem wykazać można w płucach, wątrobie, nerkach, tu przedewszystkiem w warstwie korowéj, wysokiego stopnia wypełnienie naczyń krwionośnych ciałkami krwi, krwawe przesiąknięcie, ziarnisty rozpad i dostanie się barwika krwi do komórek; w zatruciach dłużéj trwających znalazł w wątrobie rozległe wynaczynienia, wypełnione barwikiem krwi ziarnisto-rozpadłym, a miąższ zamieniony w żółtawo-brunatną, ziarnistą masę bez barwienia się jąder. Śledziona była najczęściéj tylko mało zmieniona. W otruciu za pomocą CO znajdował w płucach obszary z naczyniami ściśle wypełnionemi naprzemian z obszarami naczyń bez krwi; oprócz tego wynaczynionki. Zakrzepy bywają białe (przeniesione). Podobne czerwone i białe (miejscorodne i zatorowe) zakrzepy znalazł w wątrobie, śledzionie, nerkach, mózgu, nigdy zaś w sercu, w ścianach żołądka i jelit, z lub bez towarzyszących wynaczynionek. Oba zatrucia prowadzą do tworzenia się zakrzepów w krwi krążącéj, zatrucie sublimatowe przeważnie zakrzepów czerwonych, CO zatrucie zakrzepów białych. Tak tłómaczymy sobie różne zmiany pośmiertne w tych zatruciach i ogniska rozmiękczenia w mózgu po zatruciu CO. W końcu twierdzi, że nie można spodziewać się po transfuzyi pewnego wyniku. Wychodząc z znanego wpływu przelanéj obcéj a nawet odwłóknionéj krwi na krew innego zwierzęcia, badał Scheiding wartość transfuzyi w leczeniu tych otruć. Szczególnie jest ona wątpliwą w tych otruciach, które wywierają wpływ niszczący na ciałka krwi. S. twierdzi, że cechujące zmiany, napotykane w otruciu zakisowem (właśnie w następstwie przelania obcéj krwi), wracają w CO-zatruciu, w owem zatruciu, w leczeniu którego transfuzyja ma mieć najlepsze wyniki. Użycie jéj nie wpływało na zmiany sekcyjne. (*Wien. klin. Woch.*, 1889, Nr. 19).

Notatki lecznicze.

Własności lanoliny dokładnego przylegania do błon śluzowych używał Stern, aby z niéj po dodaniu oliwy przygotować płyny do wstrzykiwania, nadające się do leczenia rzeżączki. Mięszanina 25·0 lanoliny, 75·0 ol. migdał. daje wstrzykiwanie łagodnie działające, obniżające zadrażnienie; wstrzykiwania tego zasadowego używa się w okresie szczytu (*acme*) choroby, zatrzymuje się je w cewce przez 5—10-ciu minut. Przez dodanie leków ściągających lub przeciwgnilnych do wstrzykiwania zasadowego otrzymuje się płyny, których się używa w drugim okresie choroby; n. p. Rp. *Zinc. sulf.* 0·5, *Aq.* 4·5, *Lanolin. anhydr.* 20·0 *Ol. amygd.* 75·0 lub: *Ac. salicyl.* 0·25, *Ol. amygd.* 75·0. *Lanol. anh.* 24·75. Tych przeciwgnilnych lub ściągających wstrzykiwań używa S. przez 8—10-ciu dni, a kończy leczenie 1·5% wodnym rozczynem rezorcyny.

W wojsku pruskiem używa się 5—10% **rozczynu kwasu chromowego do leczenia pocenia się nóg** i przekonano się na 18.000 żołnierzy, że kwas chromowy jest środkiem szybko działającym, łatwo zastósować się dającym i przy stósownem używaniu także bezpiecznym. Po wykąpaniu i obsuszeniu nogi naciera się ten rozczyn, wystarcza 1 lub 2 razowe pędzlowanie. W armii szwajcarskiéj używają w tym celu mięszaniny dwóch części ałunu i 10 cz. *talc. ven.* z dobrym skutkiem, a ma proszek ten przed kwasem chromowym tę zaletę, że jest nietrujący i że można go używać także wobec ran na nodze (*Schw. Corr. Bl.*).

Exalgin, nowy środek nasenny i przeciwbolesny. Środek ten, według składu chemicznego *Orthomethylacetanilid* jest ciałem krystalizującem w igiełkach lub białych płytkach, topniejącem w ciepłocie 101°C., trudno rozpuszczalnem w zimnéj, łatwo w gorącéj wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Posiada własności przeciwgnilne i obniżające gorączkę i działa wybitnie na czucie. Jako *analgeticum* ma mieć pierwszeństwo przed antipyryną w wszystkich postaciach nerwobólów. Podaje się 0·25, 1—3 r. dz., rozpuszczone w koniaku lub rumie: Rp. *Exalgin* 2·5, *Solve in alcoholat. menth.* 15·0, *adde Syrup.* 30·0, *Aq.* 105·0 *DS. Dz.* 1—3-ech łyżeczek. (*D. m. Woch.*).

Leczenie błonicy chinoliną. (*Bull. med.*) Rp. *Chinolin.* 0·6, *Alcohol.* (90°) 30·0, *Aq. dest.* 300·0, *Spir. menth. gut. unam. S.* Płukanie. Rp. *Chinolin* 1·0, *Alcohol.* (90°), *Aq. dest. aa* 25·0 *S.* Do pędzlowania.

W sprawie leczenia ospy. Hartge (Dorpat) poleca we wszystkich przypadkach, w których istnieje silna zwiastunowa gorączka i podejrzenie ospy, choć jeszcze wysypki nie ma, rozpocząć leczenie od środka przeczyszczającego i zarządzić dziennie 1—2-ch kąpieli o 25—26° R. Wysypkę zwalcza się o ile można jak najwcześniéj chłodnemi okładami i maścią Weidenbauma (*Ung. cin.* 1·0, *Sapon. kalin.* 2·0, *Glycer*, 4·0). Kąpiele zarówno dobrze wpływały na krosty jak i na podmiotowy stan chorych.

Dr. Baschkopf.

V. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

Oto są główne, przyczyny wyjaśniające dla czego wieść o dżumie w Assyrze arabistańskim doszła nas dopiero w połowie przeszłego maja. Uzupełnia ją jeszcze i ta bardzo charakterystyczna dla stosunków miejscowych okoliczność, że ludność prowincyi podniecana przez „Seidów“, oparła się stanowczo przepuszczeniu kogokolwiek do wnętrza kraju. Widocznie więc miano powód do zbrojnego prawie oporu. Powodem zaś tym była obawa, aby potwierdzenie istnienia zarazy i przedsięwzięcia środków ku jéj złagodzeniu nie powstrzymały olbrzymich transportów trzód do Hedżazu, w chwili właśnie rozpoczynającéj się pielgrzymki. Spowodowałoby to ogromne straty. Aby więc nie narazić się na uszczerbek w zysku, postanowiono zataić zarazę. Wobec bowiem widocznych korzyści pieniężnych pojedynczy żywot nie ma racyi być uwzględnianym przez rządzącego tu arcy-kapłana.

Dziś wiemy, że dżuma w Assyrze rozpoczęła grasować nie w maju, ale już w początkach lutego. W ciągu więc całych trzech miesięcy miała dość czasu do pełnego zapanowania nad prowincyją, i jak to zwykle bywa, pochłonęła już niemałą ilość ofiar przedtem, zanim zdołano ją ująć w pewne karby policyi sanitarnéj. I to jeszcze jest godném zastanowienia, że wieść o nienormalnym stanie zdrowotnym w Assyrze nie została podaną przez władzę administracyjną lub sanitarną, lecz przez konsula francuskiego w Dżedda. Rząd też francuzki natychmiast kazał powstrzymać pielgrzymkę mahometan z Algieru i Tunisu, a jednocześnie polecił swemu posłowi w Carogrodzie wezwać rząd turecki do odpowiedniego działania. Na to W. Porta odpowiedziała protestem, uważając powstrzymanie pielgrzymki przez rząd francuski za rodzaj ograniczenia wolności religijnéj! Uwzględniając jednak nalegania między-narodowéj rady zdrowia, polecono gubernatorowi przekonać „Szeika“ o konieczności wysłania do Assyru paru lekarzy, dla przekonania się o istotnym stanie rzeczy. Wtedy to dr. Wortabet z Hodejdy i dr. Malezyan wydelegowany z komisyi sanitarnéj w Kameranie otrzymali rozkaz udania się do Assyru. Była to misyja podwójnie niebezpieczna! Z jednéj strony niechęć i fanatyzm spotykane pośród koczujących pokoleń; z drugiéj, zetknięcie się z samą zarazą, oto położenie, w jakiém się znaleźli nasi koledzy. Znaleziono tam zarazę w pełnym rozwoju; zwłoki nieszczęśliwych ofiar, pozostawione niepochowane, pomimo całego przesądu mahometan i wreszcie postrach pośród ludności, całemi gromadami wynoszącéj się na północ, aby tylko co rychléj przedostać się do Hedżaz.

Odpowiednio do miejscowych warunków i rozporządzalnych sił, zastosowanie odpowiednich środków dało się przeprowadzić. Ludność nabrała pewnéj otuchy; a naznaczona 15-to dniowa kwarantana zdołała powstrzymać jéj pochód na północ, tak, że z nastaniem silniejszych upałów zaraza złagodniała i z końcem czerwca ustala zupełnie.

Nie widząc potrzeby zastanawiania się nad cechami tegorocznéj dżumy w Assyrze arabistańskim, ani podawania liczby ofiar, jakie pochłonęła, postaram się oznaczyć prawdopodobne źródło jéj tu powstania.

Dżumę w Assyrze można uważać za cierpienie umiejscowione, zawdzięczające swe powstanie nie przerzutowi zarazka z innych okolic, lecz tylko wytworzeniu się jego z mas istot zwierzęcych w stanie gnilnego rozkładu. Taką opinię znajdujemy w sprawozdaniu lekarzy wysłanych do Assyru; jako opartą na faktach zebranych na miejscu można ją przyjąć i uważać za zgodną z dzisiejszym stanem naszych wiadomości o dżumie, potrzebujących jeżeli już nie zupełnego przerobienia, to z pewnością wielkiego uzupełnienia. Bo jeżeli badając tęż samą zarazę w Iraku arabistańskim, a następnie w perskim Lurystanie i na północy prowincyi Hamadanu, udało mi się odszukać i określić niejako źródło pochodzenia pierwiastku zakaźnego, to dla lekarzy spostrzegających dżumę w Assyrze nie przedstawiło się nic podobnego. Przybywszy tam znaleźli już zarazę w pełnym rozwoju. Celem ich misyi nie były to właściwie studyja, a tylko najenergiczniéjsze zastósowanie środków ochronnych. Więc też przy największéj trudności, a nawet niepodobieństwie odszukania innego źródła zarazy, nie bez słuszności uznano ją za powstałą na miejscu. Pewne dane w istocie za tem przemawiają. Nadzwyczaj sucha pora roku, nędza moralna i materyjalna ludności, przypuszczalne działanie zaduchów wytworzonych przez masy istot rozkładowych, a wreszcie i trudność stosunków z dalszemi okolicami.

Przyjętem zaś zostało za pewnik, że dżuma niezatrwożywszy Europy od początku 18-go stulecia istnieje jednak jako choroba z charakterem nagminnym w Indo-Chinach, Turkestanie, Arabii, perskim Lurystanie i w Afryce. I w naszym więc przypadku można wyrazić zdanie, że zarazek patologiczny mógł tu się przedostać z innych środkowych ognisk, jakie mogą istnieć pośród koczujących pokoleń arabów Eneze i Wahabytów. Zamieszkują oni północną i środkową część półwyspu. Lecz ich ruchliwość, przeważnie w celu wzajemnego łupienia się, mogła spowodować zbliżenie się ich ku Assyrowi. Jest to jednak tylko przypuszczenie. Wykazanie bowiem istnienia zarazy w pośród plemion środkowéj Arabii, lub też jéj zaprzeczenie, pozostanie jeszcze na długo hygijenicznemi „*pia desideria*“.

Niemniéj jednak ukazanie się zarazy w prowincyi takiéj jak Assyr, przy wybrzeżu jednéj z najgłówniejszych dróg handlowych, to racyjonalna podnieta dla specyjalistów do dokładniejszego jéj wystudyjowania, a dla rządów do obmyślenia i zastosowania środków ochronnych, bardziéj skutecznych od dotąd używanych. Nauka więc i ludzkość przyklasnąć mogą projektowi podanemu na kongresie higijeny w Paryżu przez dra Treilla, i popartemu przez profesora Prousta, o potrzebie i korzyści przeprowadzenia szczegółowych bakteryjologicznych badań w ogniskach saméj zarazy i wysłania tam odpowiednio uzdolnionych komisyj. Wprawdzie uczony inspektor generalny służby zdrowia we Francyi, zapewniając, że na uorganizowanie podobnych komisyj są już zebrane fundusze, nieuwzględnił jednak istotnego stanu rzeczy w Assyrze. Przypuszczając bowiem, że prowincyja ta jest dziś w pełnym stanie nieprzyjaźnych rozruchów, tem wytłumaczył niejako opóźnienie wysłania tam specyjalnych badaczy. Pozór jednak przyjęto za rzeczywistość. Prócz bowiem chwilowego oporu w celu niedopuszczenia cudzoziemców do Assyru, innych przeszkód tam nie było.

Nie należy jednak wątpić, że z czasem punkta uważane za ogniska dżumy, zostaną w istocie zwiedzone przez specyjalne komisyje. Może też i uda się im wykryć jakiś pierwiastek, coś w rodzaju *microbe pathogene*, który zostanie uznany za etyjologiczny czynnik wybuchów i szerzenia się zarazy. Wtedy to i nastąpi uzupełnienie naszych wiadomości o strasznéj téj pladze, a i ostateczne dziś podawane środki ku jéj powstrzymaniu lub ograniczeniu, środki takie, jak opuszczenie i zniszczenie ogniem ognisk zarazy, także staną się daleko łagodniejszemi. Z upragnieniem więc czekamy na ukwalifikowanych badaczy, z gotowością bezinteresownego podzielenia się i naszemi choć bardzo skromnemi zdobyczami, na tym trudném do uprawy polu.

Mieszkańcy posiadłości otomańskich w Azyi ciężko zostali dotknięci w tym roku. Jednocześnie prawie z stwierdzeniem dżumy w Assyrze, wybuch cholery w Bassora, Szatra i Nessych (Sukh), z nadzwyczaj szybkiem rozwleczeniem się jéj do głównych punktów Mezopotamij i tureckiego Kurdystanu, rzucił nowy postrach na rząd centralny i ludność tych okolic.

Rzut oka na historyczne daty, w których dwie te plagi wschodu grasowały tu z większą siłą, przekonają nas, że plemiona zamieszkujące porzecze dwóch wodnych wstęg dawnéj Chaldei i Asyryi są dobrze z niemi obeznane. I tak najprzystępniejszą datą jest ośmio miesięczny okres czasu od września 1828 do maja 1829 roku, w którym Bagdad wskutek cholery i dżumy stracił większą połowę swych mieszkańców. Rozrzewniające epizody przebiegu zarazy zanotowały nam kroniki arabskie. W ciągu następnych 15-tu lat kraj pozostał wolnym od morderczych chorób zakaźnych. Lecz w roku 1844 znowu spotykamy tu cholerę, która powtórzyła się w roku 1851 i z małemi przerwami trwała aż do końca wojny krymskiéj. Następne choć nieco łagodniejsze jéj wybuchy, zostały zanotowane, jako powtarzające się prawie regularnie w dwuletnich odstępach czasu aż do roku 1862. Późniéj spotykamy zarazę w Szafièh i przerzucenie się jéj z nad wybrzeży Eufratu ku Bagdadowi w roku 1870. Wreszcie rok 84-ty dał mi poznać zarazę pośród plemienia arabów Abu-Mohamet. Co zaś do dżumy, to faktem godnym uwzględnienia jest zapewnienie mieszkańców, że grasowała ona prawie jednocześnie z cholerą, w odmiennych tylko miejscowościach. Potwierdzono to wreszcie podczas ostatniéj epidemii cholery w Bagdadzie, bo gdy plemiona arabskie nad Eufratem były dziesiątkowane przez dżumę, stolica prowincyi spłaciła dotkliwą daninę cholerze. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

2) Komisyja doradza, aby zarząd zakładu przeprowadził właściwą segregacyę pod względem umieszczenia między szałowymi, a chorymi niespokojnymi. Trzymanie niespokojnych chorych przez cały dzień na korytarzach oddziałów dla szałowych wspólnie z szałowymi jest niewłaściwem ze stanowiska leczniczego, jakkolwiek wygodnem, skoro tak zwany niespokojny popadnie w szał ostry i przeto zaraz może być przyprowadzonym wprost z korytarza do przyległéj celi. Obcowanie bezpośrednie z szałowymi musi niekorzystnie oddziaływać na niespokojnych i u niejednego może spowodować wybuch szałowy, a bardziéj jeszcze na odwrót zachowywanie się licznego zgromadzenia niespokojnych, hałaśliwych chorych w wysokim stopniu drażnić musi tych, którzy ulegli ostremu szaleństwu. Dotknięty ostrem szaleństwem jest niebezpiecznie chory i wymaga w całem znaczeniu słowa traktowania klinicznego, do którego także należy bezwzględny spokój najbliższego otoczenia. Przeznaczenie separatek, w których umieszcza się szałowych, aby odosobnieni znaleźli ciszę i spokój, dobroczynnie oddziaływający na wzburzony umysł chory, trapiony obłędnemi wyobrażeniami i złudzeniami zmysłowemi, mija się z właściwem założeniem, gdy od przyległego korytarza dolatują do chorych szałowych krzyki i hałaśliwe gadania ohorych niespokojnych. Komisyja oświadcza, że oddział szałowych jest pod względem konstrukcyjnym zupełnie odpowiednio założony i nie potrzebuje przeobrażenia, ani też rozszerzenia, jeżeli tylko wyłącznie chorzy szałowi tamże będą umieszczeni, dlatego też zdaniem jéj nie jest uzasadnionem żądanie dyrekcyi, aby dla szałowych osobny zbudować pawilon, ani też nie godzi się z udzielonem jéj wyjaśnieniem, że dla braku miejsca odpowiedniego chorzy niespokojni trzymani być muszą wspólnie z szałowymi.

Niewątpliwie rzecz się ma tak, że każdy wzorowy zakład posiada oddzielny, a w żadnéj bezpośredniéj łączności z głównym przybytkiem nie zostający budynek dla umieszczenia szałowych. Co do Kulparkowa, błąd ten został popełniony przy jego zakładaniu, ale też może być poprawionym bez nadwerężenia budżetu krajowego, jeżeli dyrekcyja usunie z oddziału w mowie będącego chorych niespokojnych i umieści ich w innéj części gmachu głównego. Pozwala na to rozległość zakładu i jest to możliwem przez odpowiednią adaptacyję, chociażby pewnego wkładu wymagającą. Komisyja wynurza przy tem swoje zdanie, że nie należy ościelać separatek dla tych szałowych, którzy zdradzają dążność do uszkodzenia cielesnego. Szałem dotknięty, a rozbijający się o mury, jest tak ciężko, a chwilowo nawet niebezpiecznie chorym, miewa tak niewymownie silny ból głowy, że bezwiednie stara się o uwolnienie się od niego przez tłuczenie głową o ścianę. Taki chory potrzebuje doraźnéj pomocy lekarskiéj, któréj nie zabezpiecza samo omateracowanie ścian i podłogi, on musi być klinicznie leczonym, jeżeli nie ma uledz ciężkiemu cierpieniu, a dopóki trwa gwałtowne wzburzenie szalowe, powinien byc nadto unieruchomiony przez zawinięcie w koce i wolne przytrzymanie pasami. Podobne ościelanie separatek jest zatem bezcelowe, bywa przez szaleńców niszczone, zanieczyszczone i staje się siedliskiem robactwa i plugastwa.

3) Komisyja z ubolewaniem podnosi, że korytarze, ile że nie są odpowiednio szerokie i ogrzewane, niemogą służyć w zimie na dzienny pobyt dla chorych, które to przeznaczenie mają one we wszystkich nowszych zakładach. Skutkiem téj doniosłéj wady w budowie znajdujemy w zimowéj porze chorych ztłoczonych i bez należytego ruchu w niedużych salach towarzyskich. Komisyja wyraża ten żal, pragnąc zwrócić uwagę W. Wydziału krajowego, ażali nie dałoby się bez znaczniejszych przeobrażeń układu gmachu i bez nadmiernego wkładu pieniężnego zaprowadzić majsnerowskie lub odpowiednie inne ogrzewanie.

4) Komisyja czyni uwagę, że łóżka dla epileptycznych należy zabezpieczyć bocznem zaopatrzeniem. Jakkolwiek są one niskie, chory jednak, gdy spadnie z łóżka podczas napadu epileptycznego, może doznać uszkodzenia.

5) W infirmeryi męskiéj dla cieleśnie chorych znalazła komisyja przepełnienie i złe powietrze. Przepełnieniem a oraz brakiem odpowiedniéj wentylacyi tłumaczy się brak zdrowego powietrza.

6) Komisyja czyni uwagę, że wspólne wychodki nie całkiem są odpowiednio urządzone, nie dosyć czysto utrzymywane, a w zimie nie ogrzewane, dla tego podłoga przez zamarznięcie rozlewanego moczu bywa ślizką. Należałoby przeznaczyć jednego posługacza wyłącznie do utrzymywania porządku w wychodkach i urządzić spłukiwanie tychże z wodociągu.

7) Komisyja znalazła prosektoryjum zakładowe w odpowiadającym celowi stanie, tudzież znalazła tamże dowody pracy naukowéj pp. lekarzy zakładowych.

8) Komisyja znalazła łazienki odpowiednio urządzone i stwierdza, że dyrekcyja korzysta z nich obszernie z pożytkiem dla chorych.

9) Komisyja znalazła kuchnię zakładową przepełnioną parą, czemu według oświadczenia dyrekcyi nie można zaradzić z powodu konstrukcyi zasadniczo-wadliwéj. Sprawa ta jest o tyle ważną, że cierpią nietylko zajęte przy kuchni osoby etatowe, ale i chorzy w celach leczniczych do pracy tamże przydzieleni.

10) Komisyja z uznaniem podnosi, że w ogólności w całym zakładzie panuje wzorowy porządek i czystość a chorzy są bardzo schludnie ubrani.

11) Komisyja wyraża przekonanie, że pomimo nadzoru Sióstr Miłosierdzia, który według oświadczenia dyrekcyi okazał się odpowiednim zarówno na oddziale męskim jak na żeńskim i który ma być o wiele pożyteczniejszym od nadzoru poprzednio wykonywanego przez jednego nadzorcę i trzech starszych dozorców, że pomimo obecnego nadzoru zakonnego należałoby utworzyć szkołę dozorców dla nowo wstępujących, zanim czynną obejmą służbę.

Nowo-wstępujący powinien na czas przygotowania znaleść utrzymanie w zakładzie i poddać się rygorowi porządkowemu, a oprócz pouczenia teoretycznego, udzielanego przez jednego z p. lekarzy zakładowych, powinien mieć podaną sobie możność przykładania się do służby oddziałowéj.

12) Komisyja uznaje, że liczba dozorców stoi w odpowiednim stosunku do liczby chorych tak w separatkach (1 : 4), jak u niespokojnych (1 : 6).

13) Komisyja wyraża zdanie, że cała służba tak na oddziale męskim jak i na żeńskim, powinna otrzymać kosztem funduszu jednostajne umundurowanie. Obecnie prawie niczem nie wyróżnia się zewnętrznie służba od chorych. Może to sprowadzać niedogodność na zewnątrz zakładu. Powagę dające umundurowanie służby, nie zwykłe cywilne, ułatwi zadanie umundurowanym przynajmniéj wobec tych chorych, którzy jeszcze zdolni są przyjmować wrażenia.

14) Komisyja jest zdania, że dotacyja służby zakładowéj, a mianowicie dozorców i dozorczyń, jako też sposób awansowania ich materyjalnego i system gratyfikacyj nadzwyczajnych, jak na nasze stosunki, są całkiem odpowiedniemi i zdaje się dosyć ponętnemi, skoro, jak dyrekcyja oświadcza, nigdy niema braku kompetentów o miejsca wolne i obszerny wybór jest możliwy.

15) Komisyja wyraża zdanie, że zdolni do pracy chorzy bywają odpowiednio zajęci i ze zrozumieniem stanu chorobowego jednostek, a użycie ich do robót jest wystarczające.

16) Komisyja z uznaniem podnosi dowody pracowitości pp. lekarzy zakładowych, złożone w historyjach chorób, daléj staranne traktowanie przypadków farmaceutycznie, a z przyjemnością oświadcza, że na oddziale żeńskim znalazła szałowe chore ubezwładniane w sposób łagodny, a zarazem z celem wysoce leczniczym, przez zawijanie w prześcieradła mokre i koce, a z workami lodowemi na głowie, jak to czynią psychiatrzy klinicyści.

Podpisali: Dr. Leon Blumenstok, prof. Uniwer. Jagiellońskiego. Dr. Józef Wernicki, Dr. Wiktor Opolski. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 21 listopada. Na wczorajszem posiedzeniu uchwalono wysłanie memoryjału do Rady państwa z powodu nowego projektu ustawy karnéj. Następnie kol. Walentowicz mówił o wytwarzaniu się kamieni w ustroju zwierzęcym. W dyskussyi przemawiali kol. Mars, Łazarski i Harajewicz jun. Wreszcie kol. Pieniążek mówił o rozpoznaniu wrzodów krtani i odróżnieniu wrzodów kiłowych od gruźliczych. W dyskusyi przemawiali kol. Zaręba, Gluziński, przewodniczący, prelegent, Obaliński i Kwaśnicki.

* Jak było zapowiedzianem wręczenie orderów proff. Oettingerowi i Jakubowskiemu odbyło się w piątek przeszły w sali uniwersyteckiéj w obecności Senatu akademickiego, profesorów Wydziału lek. i uczniów medycyny. Rektor Korczyński w pięknem i serdecznem przemówieniu podniósł zasługi obydwóch profesorów odznaczonych, a obaj podziękowali Rektorowi i Senatowi za dowody życzliwości.

* W terminie listopadowym zdali egzamin uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia pp. Drowie: Jan Gęślak z Zebrzydowic, Józef Kadyi z Jasła (celująco), Józefat Komar z Pilzna, Maurycy Odstrčil z Krumłowa morawskiego, Celestyn Sztembart ze Lwowa, Bronisław Warzycki z Radymna i Emil Zadurowicz z Mikołajowa.

* Staraniem docenta Jordana Wydział tow. opieki zdrowia w Krakowie urządza szereg odczytów z zakresu higijeny, odbyć się mających w sali Rady miejskiéj w dniach 18, 22, 27 b. m. i 6, 13 i 20 grudnia r. b. W odczytach tych wezmą udział pp.: Browicz, Buszek, Cybulski, Gluziński, Grabowski i Jordan.

* W ostatnim Numerze *Oesterr. Aerztl. Vereinszeitung* znajdujemy petycyję Towarzystwa lekarzy galicyjskich, wystósowaną do Izby poselskiéj Rady państwa we Wiedniu w sprawie nowego projektu ustawy karnéj, a względnie przeciw brzmieniu §§. 34, 454 i 455, odnoszących się do stanu lekarskiego. W swoim czasie zwróciliśmy uwagę na te paragrafy i radziliśmy, aby i nasze Towarzystwa lekarskie, idąc w ślady innych stowarzyszeń lekarskich, wystósowały petycyje do Rady państwa, dopóki jeszcze czas, w obronie stanu lekarskiego, jego godności i interesów. Petycyja lwowska jest wyczerpującą i z godnością napisana; towarzystwo lekarzy galicyjskich oddało więc prawdziwą usługę wszystkim lekarzom naszym.

* *Medycyna* zdaje wyczerpującą sprawę ze Zjazdu chirurgów w Krakowie, pióra Dra Steuermarka. Myśmy tu na miejscu nie mogli doprosić się sprawozdania. Wspominamy o tem, aby nas przypadkiem nie posądzono o obojętność wobec Zjazdu tak pożytecznego i pięknego.

* Pospieszamy podzielić się z czytelnikami naszymi radosną wiadomością, którą podaje *Gazeta Lek.*, że prof. Hoyer po 30-letniéj służbie został zatwierdzony na dalsze 5 lat jako profesor histologii w Uniw. warszawskim.

* Prof. Laskowski w Genewie mianowany został przez Rząd francuski *Officier de l'Instruction publique.*

* Zakład dla umysłowo i nerwowo chorych w Ober-Döbling pod Wiedniem, który jak wiadomo od lat wielu pozostawał pod kierunkiem proff. Leidesdorfa i Obersteinera, odtąd po śmierci pierwszego, pozostawać będzie pod wyłącznem kierownictwem prof. Obersteinera.

* Minister sprawiedliwości węgierski zamierza ustanowić senat sądowo-lekarski, złożony z 15 członków płatnych, który ma orzekać we wszystkich sprawach sądowo-lekarskich, a członek tego senatu urzędować będzie jako referent w Ministerstwie sprawiedliwości.

* W Insbruku odbyło się otwarcie uroczyste zakładu anatomicznego w obecności p. Ministra Gautscha.

* Dnia 6 b. m. upłynęło 100 lat od czasu odkrycia galwanizmu przez prof. anatomii w Bolonii Ludwika Galvaniego.

* Virchow zamierza na cześć Zjazdu między narodowego w roku przyszłym w Berlinie odbyć się mającego sporządzić nowe wydanie i nowo opracować dzieło swoje o patologii celularnéj.

* Ricord zapisał 25,000 franków na stypendyja lekarskie, biblijotekę zaś swoją przeznaczył dla szpitala du Midi, przy którym przez lat 29 był czynnym, a który ma nosić jego nazwisko.

* Komitet pasteurowski w Londynie przesłał sumę 40,000 franków zakładowi Pasteura w Paryżu w wdzięcznem uznaniu zasług jego oddanych 200 anglikom przezeń leczonym.

* **Wiedeń.** Znany przemysłowiec Henryk Mattoni, właściciel zdrojowiska Giesshüblu, otrzymał szlachectwo austryjackie w uznaniu działalności humanitarnéj.

* **Wiadomości osobowe.** Sekundaryjusz szpitala św. Łazarza Dr. J. Baschkopf mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

Stopień doktora w. nauk lekar. otrzymał w Uniw. Jagiell. p.: Aleksander Maryan Wiktor Dulęba, rodem z Kleczonowa w król. Polskiem.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł w 51 roku życia tajny radzca prof. Eichwald, ten sam, który razem z ś. p. Biesiadeckim brał udział w wycieczce do Wietlanki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 46: Nussbauma i Kramsztyka: Tytus Chałubiński; Jakowskiego: Niezwykły przypadek przewlekłéj

nosacizny u człowieka; Sawickiego: O ranach przepony (dok.); w *Medycynie* Nr. 46: Faytta: Pośrednie pęknięcie podstawy czaszki.

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. PALTAUF: Ueber d. experiment Nachweis d. Wuthkrankheit. (Odbitka z *Viertelj. f. ger. Med.* N. F. t. 51, z. 2) in 8-vo str. 32). — Dr. A. SOKOŁOWSKI (w Warszawie): Przyczynek do patologii i terap. rozrostowego zap. części podgłośniowéj krtani. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-żo, str. 8.; Tenże: Kann ein äuss. Trauma z. acuten Pneumonie führen? (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1889), in 8-vo, str. 5. — Prof. KRATTER (w Insbruku): Absturz oder Ermordung (Odbicie z *W. kl. Woch.* 1889), in 8-vo, str. 25. — Tenże: Hygienische Gutachten. (Odbicie z *Oesterr. Sanitätsbeamt.* 1889), in 8-vo, str. 8. — Dr. A. SIERADZKI (we Lwowie): Dziecko, jego rozwój i pielęgnowanie, Lwów 1890 in 8-vo, str. 176.

Sprostowanie w artykule Dra Czyrniańskiego: Nr. 41: str. 493, szpalta 2, wiersz 8 od góry, zamiast 0·14 gr. kw· solnego, powinno być 0·10 grm.; wiersz 10 od góry, zamiast CO_1HNa winno być CO_3HNa·

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 30 Listopada 1889. Nr. 48.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Streszczając ten pogląd widzimy, że zarzucono dawne cięcie płatowe z powodu zbyt wielkiego niebezpieczeństwa ropienia z niem połączonego. Chcąc gojenie się rany doraźne zabezpieczyć przedsięwzięto cały szereg usiłowań, które w cięciu linijowem Graefego ostateczny swój wyraz znalazły. Ale doświadczenie przekonało, że sposób Graefego zmniejszając odsetkę przypadków ropienia z 8 do 12 na 2 do 3, sprowadza za to zbyt często plastyczne zapalenie tęczówki, i ciałka rzęskowego, a w dalszem ich następstwie zarośnięcie źrenicy, jaskrę, zanik gałki ocznéj i nieznane po dawnem wydobyciu płatowem zapalenie współczulne oka drugiego. Celem uniknięcia tych następstw cięcia linijowego obwodowego, powrócono po rozmaitych jego zmianach ostatecznie znów do cięcia płatowego.

Zdawaćby się więc mogło na pozór, że nauka w ciągu tych 30 lat błąkała się po manowcach, a raczéj obracała się w kole błędnem, aby po najrozmaitszych próbach i doświadczeniach powrócić w końcu tam, gdzie się na początku tego okresu znajdowała. Tak jednakże nie jest, nauka postępowała owszem ciągle, choć przyznać potrzeba, że unikając jednych błędów i niebezpieczeństw, popadała w drugie, kroczyła więc do celu stopniowo i jak się to często wydarza, drogą nienajkrótszą. Powróciliśmy więc wprawdzie do cięcia płatowego, ale dzisiejsze cięcie płatowe nie jest, jak to już jego nazwa: cięcie płatowe obwodowe wskazuje, tem samem, któreśmy przed ćwierć wiekiem porzucili, lecz różni się od niego bardzo co do swoich własności zasadniczych.

Wyjaśni to najlepiéj rozpatrzenie się w warunkach, których dopełnić powinna ranka, służąca do wydobycia zaćmy. Odpowie ona temu zadaniu dokładnie, jeżeli mieć będzie własności następujące:

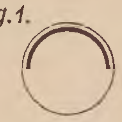
1. Dostateczne rozmiary i taką zdolność rozdziawiania się, iżby katarakta wystąpić przez nią mogła łatwo i swobodnie, przeważnie pod wpływem naturalnéj siły popędowéj (t. j. ucisku śródocznego), wspieranéj o ile można najmniejszym uciskiem zewnętrznym.

2. Przy dostatecznéj zdolności rozdziawiania się brzegi ranki winny stulać się dokładnie tak, żeby jéj zamknięcie ostateczne i trwałe nastąpić mogło jak najrychléj. W czemkolwiek bowiem szukano i upatrywano dawniéj przyczynę ropienia, my wiemy obecnie, że niema ropienia bez zakażenia, czy to pierwotnego podczas saméj operacyi, czy późniejszego podczas leczenia pooperacyjnego. Od pierwszego zabezpieczamy się postępując podczas operacyi tak co do oka operowanego, jako też co do narzędzi operacyjnych, rąk operatora i asystenta, o ile można najściśléj bezgnilnie. Zakażenia późniejszego unikamy, postępując tak samo bezgnilnie i podczas sprawy gojenia, tem snadniéj i pewniéj, im rychléj ranka zamknie się trwale. Wszelka bowiem zwłoka w zamknięciu się ranki, tudzież każde jéj otwarcie się ponowne po chwilowem zamknięciu przedłuża, a względnie na nowo sprowadza niebezpieczeństwo zakażenia i ropienia.

3. Obok dostatecznych rozmiarów i odpowiedniéj postaci ułatwiającéj rodziawianie się podczas, a szybkie i dokładne zamknięcie po operacyi, winna ranka mieć takie położenie, iżby jak najmniéj usposabiała do opadnięcia tęczówki i upływu ciałka szklanego, a zaćmie wystąpienie po najkrótszéj drodze i przy najmniejszem skręcaniu około swéj osi umożliwiała, sama zaś unikała zbyt bliskiego sąsiedztwa z częściami oka, odznaczającemi się swoją urażliwością.

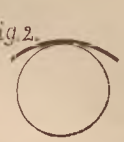
Dołączone rysunki dadzą wyobrażenie o rozmiarach, postaci i położeniu trzech w mowie będących ranek i pozwolą wywnioskować ich własności.

Fig. 1.



Dawne cięcie płatowe (fig. 1), obejmujące przynajmniéj połowę podstawy rogówkowéj (o 12 mm. średnicy) tworzy płat, którego podstawa 9 do 10 milim., a wysokość 4·5 do 5 mm. wynosi. Ostatnia ma się zatem do pierwszéj jak 1 do 2. Ale mniejsza lub większa zdolność rozdziawiania się ranki zawisła od stosunku jéj podstawy do wysokości płata, a gdy ta ostatnia jest względnie do pierwszéj bardzo znaczna, odznacza się więc ranka płatowa bardzo wielką zdolnością rozdziawiania się. Ranka płatowa może się też istotnie bardzo łatwo na 4 mm. i więcéj rozdziawić tak, iż zaćmie swobodne w całem tego słowa znaczeniu wystąpienie zabezpiecza, odpowiada ona zatem pierwszemu warunkowi w zupełności. Ale tę wielką zdolność rozdziawiania się ma ranka płatowa nie tylko podczas, ale także i po operacyi. Brzegi jéj nie stulają się więc dość szczelnie, co sprawia, że taka ranka wymaga do mocnego i trwałego zamknięcia się dłuższego czasu i bardzo spokojnego zachowania się chorego po operacyi przez czas dłuższy, a stosunkowo małe nawet uchybienie pod tym względem, lub drobne przypadkowe urazy zewnętrzne, samo wreszcie pęcznienie pozostałych w oku szczątków zaćmy łatwo sprowadzają w kilka nawet dni po operacyi pęknięcie ranki. Z tych powodów niebezpieczeństwo późniejszego zakażenia ranki i opadnięcia w nią tęczówki jest wielkie i trwa długo, ztąd też znaczna odsetka przypadków ropienia. Ranka nie leży naprzeciw brzegu soczewki, która skręcić się zatem musi dość znacznie około swéj osi, aby w nią wstąpić, co się znów z naprężeniem obwódki Zinna łączy. Ta okoliczność razem z wielką skłonnością do rozdziawiania się ranki tłomaczy nam większe niebezpieczeństwo upływu ciałka szklanego.

Fig. 2.



Szczelinowata ranka Graefego (fig. 2.) odznacza się, nawet w późniejszych swoich odmianach lekko płatowych małą zdolnością rozdziawiania się, skutkiem czego katarakta przez nią trudniéj i dopiero przy zastosowaniu silniejszego ucisku zewnętrznego występuje, a dokładne oczyszczenie źrenicy większe trudności napotyka. W zamian za to zamyka się ona szczelnie i goi szybko, zakażenie i ropienie wydarza się zatem rzadko. Przyczynia się do tego i położenie cięcia przeważnie w twardówce, bo ranki téj ostatniéj okazują bądź co bądź mniejszą skłonność do ropienia od ranek rogówkowych.

Ale zbyt obwodowe położenie ranki Graefego pociąga za sobą potrzebę szerokiego i bardzo dokładnego wycinania tęczówki (które przecież nie zabezpiecza dostatecznie od jéj opadnięcia i wgłobienia), usposabia do upływu ciałka szklanego i sprowadza nierzadko ciężkie zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego z następstwami, o których kilkakrotnie była już wzmianka.

Fig. 3.



W cięciu płatowem obwodowem (fig. 3.) nareszcie, obejmującem $^1/_3$ do $^2/_5$ części obwodu rogówkowego, wynosi długość podstawy przynajmniéj 11·32 mm, a wysokość płatu 3·5 do 4 mm., ta ostatnia ma się zatem do pierwszéj mniéj lub więcéj jak 1 do 3. Stosunek ten nadaje rance płatowéj obwodowéj zdolność rozdziawiania się wprawdzie nie tak wielką (zbyteczną), jak ją ma dawne cięcie płatowe, ale przecież bez żadnego porównania większą od cięcia linijowego, w każdym razie bardzo dostateczną do swobodnego wystąpienia zaćmy i łatwego oczyszczenia źrenicy z resztek. Szczelniejsze za to bez porównania od dawnego cięcia płatowego stulanie się jéj brzegów zabezpiecza szybkie i łatwe gojenie się, zmniejsza tem samem niebezpieczeństwa zakażenia i ropienia, a chorym dozwala takiéj saméj swobody w zachowaniu się jak po operacyi Graefego. Bardziéj obwodowe jéj położenie, w porównaniu z dawną ranką płatową, usposabia wprawdzie więcéj do opadnięcia tęczówki, ale zbytecznem za to czyni mocniejsze skręcanie się zaćmy, na czem znów łatwość jéj wystąpienia (zmniejszona nieco z powodu mniejszéj zdolności rozdziawiania się) zyskuje. Z drugiéj strony ranka przebiega znacznie mniéj obwodowo od ranki linijowéj Graefego, co jéj znów niebezpieczeństwa téj ostatniéj już kilkakrotnie wspomniane odejmuje, a wycinanie szerokiego kawałka tęczówki zbytecznem czyni. Stojąc co do swego położenia, postaci i wynikających z nich własności w pośrodku między dawną ranką płatową a ranką linijową obwodową, cięcie płatowe obwodowe łączy w sobie szczęśliwie korzyści obu tych ranek, unikając ich najgorszych wad i niebezpieczeństw.

Zalecane i wykonywane przez Weckera od roku 1875 cięcie płatowe obwodowe upowszechniało się zrazu przeważnie we Francyi. W Niemczech torowało ono sobie drogę tylko zwolna, a dopiero w ostatnich latach zyskuje coraz liczniejszych zwolenników tak, iż obecnie powszechne jego przyjęcie w najbliższym czasie nie ulega już wątpliwości. O powrocie do cięcia płatowego rozstrzygnęło ostatecznie wprowadzenie postępowania przeciwgnilnego do okulistyki, a w szczególności przy operacyjach ocznych. Odkąd bowiem poznano, że przyczyną tak częstego po dawnem wydobyciu płatowem ropienia nie było, ani położenie ranki w rogówce, pozbawionéj naczyń krwionośnych, ani jéj postać płatowa, ani wreszcie ugniecenie rogówki i tęczówki, lecz zakażenie ranki podczas lub po operacyi, odpadł też i właściwy powód dalszego uskuteczniania cięcia obwodowego linijowego, które, mając wiele stron ujemnych (trudniejsze występowanie zaćmy, częstsze opadanie i wrastanie tęczówki ze swojemi następstwami itd.) w porównaniu z cięciem płatowem, górowało nad niem jedynie znacznie mniejszem niebezpieczeństwem ropienia i istotnem, znacznem zmniejszeniem jego odsetki.

Zwolennicy cięcia płatowego obwodowego różnią się głównie i poniekąd zasadniczo w tem, że jedni są za równoczesnem wycinaniem tęczówki, inni uważają je, przynajmniéj w przeważnéj większości przypadków, za zbyteczne lub zgoła szkodliwe. Sprawa ta była na zjeździe okulistów niemieckich w roku 1887, równie jak na kongresie międzynarodowym okulistycznym w roku 1888 w Heidelbergu, przedmiotem rozpraw bardzo ożywionych i pouczających, które jéj jednak na żadną stronę stanowczo nie rozstrzygnęły, jak się to dziać zwykło w rzeczach spornych, które na osobistych doświadczeniach i zapatrywaniach polegają. Z mowców jednak, którzy w rozprawach roku 1888, wywołanych sprawozdaniami Gayeta i Schweiggera o operacyi katarakty, głos zabierali, pięciu tylko (Gayet z Lyonu, Gałęzowski i Wecker z Paryża, Knapp z Nowego Yorku, i Schweigger z Berlina) oświadczyło się przeciw irydektomii, wszyscy zaś inni przemawiali za nią, w czem im przyświadczyło całe zgromadzenie, składające się z 250 członków wszystkich niemal narodowości.

Wydobycie zaćmy z utrzymaniem źrenicy okrągłéj, wązkiéj i kurczliwéj jest niezawodnie ideałem operacyi. Sprawia to operatorowi niewątpliwie wielkie zadowolenie, jeżeli po takiéj operacyi idealnie wykonanéj i idealnie wyleczonéj oko całem swojem wejrzeniem tak mało różni się od oka prawidłowego, że nielekarz ani się domyśla dokonanéj na

niem operacyi, a wprawny nawet okulista dopiero badając dokładniéj, ślady jéj rozpoznaje. Zaniechanie irydektomii, zgodne zresztą z tem ogólnem prawidłem chirurgii, żeby operując urazu nad konieczną potrzebę nie zwiększać, jest więc bez zaprzeczenia wielką dla operatora pokusą. Nic też dziwnego, że z powrotem do cięcia płatowego obudziła się chęć obchodzenia się bez irydektomii tak, jak to miało miejsce w dawnéj operacyi płatowéj. Jakoż niebawem dowiodło i doświadczenie, że wydobywając zaćmę przez cięcie płatowe nowoczesne nie potrzeba koniecznie wycinać tęczówki, jak przy zbyt obwodowo położonéj rance Graefego. Idzie jednak o to, czy i jakie korzyści odnosimy z zaniechania lub wykonania irydektomii? co przemawia za i przeciw obu sposobom operowania?

Przeciwnicy irydektomii nie taili się pierwotnie wcale z tem, że im głównie o cel kosmetyczny idzie, a w rozprawie na zjeździe w Heidelbergu w roku 1887 przyznawali i najżarliwsi z nich, jak Schweigger, że wycięcie kawałka tęczówki, byle niezbyt wielkiego i ku górze, nie wpływa niekorzystnie na osiągniętą ostatecznie bystrość wzroku. Zwolennicy zaś irydektomii, a w szczególności Meyer z Paryża utrzymywali stanowczo, że na licznych chorych, operowanych na jednem oku z irydektomiją, na drugiem bez niéj, przekonali się, że utrzymanie źrenicy okrągłéj nie przedstawia ani pod względem saméj bystrości wzroku, ani pod względem jego użyteczności w ogóle żadnéj korzyści, że nawet wielu chorych dawało pierwszeństwo oku operowanemu z irydektomiją. Cokolwiekbądź uważać więc możemy, że wyższość źrenicy okrągłéj pod względem optycznym jest co najmniéj wątpliwą, w każdym razie niedowiedzioną, a jeżeli tak, to pozostawałby tylko wzgląd kosmetyczny, bądź co bądź dopiero drugorzędny. Ale i w téj mierze każden nieuprzedzony przyznać musi, że jeżeli się operuje ku górze i wycina tylko mały kawałek tęczówki, powieka górna zasłania tak ten mały ubytek, iż go bez podciągnięcia powieki górnéj nielekarz nie łatwo dostrzeże, że więc o widocznem zeszpeceniu właściwie mowy być nie może. Wynika z tego, że utrzymanie źrenicy okrągłéj, tak ponętnéj dla operatora i sprawiającéj mu takie zadowolenie, nie przedstawia dla operowanego, o którego przecież idzie, właściwie żadnéj istotnéj korzyści, a na odwrót wykonanie małéj irydektomii nie przynosi mu żadnego uszczerbku. Poświęcając natomiast kawałek tęczówki osiągamy liczne i ważne korzyści, które sami przeciwnicy [1]) irydektomii uznają, a które z nawiązką wynagradzają rzekome korzyści źrenicy okrągłéj.

1. Przedewszystkiem ułatwia wycięcie tęczówki wystąpienie soczewki z oka, a to z dwóch powodów. Po pierwsze dla tego, że tęczówka jéj nie zastępuje i nie tamuje przystępu do ranki, a powtóre z tego powodu, że operując bez irydektomii, musimy prowadzić cięcie w saméj rogówce na 1·5 do 2 mm. od brzegu twardówki, inaczéj bowiem tęczówka przeszkadzałaby zanadto wystąpieniu soczewki, a prócz tego byłoby opadnięcie tęczówki w rankę prawie nieuniknionem. Soczewka zaś mając wystąpić przez rankę, tak daleko od brzegu oddaloną, musi pierwéj skręcić się mocno około swojéj osi pozioméj brzegiem górnym ku przodowi, podczas gdy wycinając tęczówkę możemy prowadzić cięcie na saméj granicy rogówkowo twardówkowéj, albo na samym brzegu wewnętrznym rąbka spojówkowego, a w takim razie znajduje się ona prosto na przeciw brzegu soczewki, która też bez skręcania się łatwo w nią wstępuje, ile że jéj w tem tęczówka nie przeszkadza. (C. d. n.)

[1]) Wecker. *Les indications de l'extraction simple. Annales d'Oculistique Juillet-Août* 1885. Knapp. *Archiv für Augenheilk. XIX Band, I Heft,* 1888. Gayet. *Internation. Ophthalmologen-Congress* 1888.

II. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał
docent Dr. Rudolf Trzebicky.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Z pomiędzy drugiéj kategoryi sposobów leczenia guzów hemoroidalnych jednym z najdawniejszych jest doszczętne wycięcie takowych. Liczne jednak niepomyślne wyniki pozbawiły chirurgów chęci narażania tą drogą na szwank życia pacyjentów. Dopiero z rozwojem antyseptyki niektórzy operatorowie wrócili do dawnego sposobu operowania. I tak np. Esmarch [1]) gorąco ten sposób zaleca; chwyta on każdy poszczególny guz w kleszczyki, odcina go po nad niemi, a podwiązawszy każde broczące naczynie, zespaja ranę w błonie śluzowéj katgutem. Po wycięciu wszystkich guzów wprowadza do kiszki stolcowéj na kilka dni rurę kauczukową, owiniętą gazą jodoformową. Podobnie postępuje też Whitehead [2]), który rozpoczyna operacyję od cięć promienistych, prowadzonych pomiędzy poszczególnemi guzami, a potem wypreparowuje każdy guz z osobna przeważnie drogą tępą, rzadziéj nożyczkami do tyla, że tylko za pomocą szypułki zawierającéj naczynia pozostaje w związku z podstawą. Przez torsyję szypuły lub podwiązanie zapobiega krwotokowi z tejże, poczem następuje zespojenie drobnéj rany.

Sposobem najbliższym odcinania guzów jest odgniatanie za pomocą osobnych narzędzi. Sposób ten podany i głównie wykonywany przez chirurgów francuskich polega na tem, że albo na każdy poszczególny guz, albo nawet na cały ich pakiet zakłada się albo łańcuszek odgniatacza, albo drut pętli i przez powolne zaciskanie usuwa guzy. Postępowanie to, słusznie dziś dość powszechnie zaniechane, okazuje cały szereg wad i niedogodności, między któremi z pewnością największą jest ta, że nie chroni rany dostatecznie od zakażenia, jak tego dowodem przypadek Broki i wyznania samego Gosselina [3]) gorącego orędownika téj metody. Nie mniéj ujemną stroną tego sposobu jest następowe zwężenie otworu stolcowego, częstokroć się rozwijające. Przypadek taki przedstawił w paryskiem towarzystwie chirurgów Follin [4]) a i inni, n. p. Richard, oświadczyli, że niejednokrotnie doznali po tym sposobie podobnéj niespodzianki. Jako kardynalną wadę operacyi poczytać też należy, że jak przynajmniéj twierdzą niektórzy chirurdzy angielscy, wynik korzystny jest tylko bardzo przemijający, gdyż już po upływie kilku miesięcy przychodzi czasem do nawrotów choroby. Dodać tu jeszcze godzi się, że ecraseur należy do narzędzi zbyt skomplikowanych, a tem samem i łatwo się psujących, a raczéj przy uchwyceniu grubszéj warstwy tkaniny pękających. Rada Gosselina, aby szypułkę guza podzielić na kilka części i na każdą z osobna założyć osobny odgniatacz, a stopniowe zaciskanie tychże polecić kilku asystentom, zanadto przypomina robotę fabryczną, aby jéj módz przyklasnąć.

Na podobnéj zasadzie co odgniatanie guzów za pomocą odgniatacza polega także postępowanie, zalecane przez Pol-

[1]) *Die Krankheiten des Mastdarmes und Afters.* 1887, str. 180 — [2]) *The surgical treatment of haemorrhoids.* Ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1882, str. 227.— [3]) *Leçons sur les hémorrhoids* 1886 i *Du traitement des hémorrhoids* 1866. — [4]) *Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 1. str. 246.

locka[1]) i Benhama[2]). Operatorowie ci zakładają na podstawę guzów osobne, przez siebie wymyślone kleszcze, a odciąwszy guzy po nad niemi, zdejmują je dopiero po upływie kilku minut, tamując w ten sposób zupełnie dokładnie krwotok przez ucisk. Postępowanie to stanowi zarazem przejście do nader rozpowszechnionego sposobu operowania za pomocą podwiązki. Benham i Pollock tamują krwotok przez ucisk chwilowy kleszczami, zwolennicy ligatury przez ucisk trwały za pomocą podwiązki. Głównymi zwolennikami téj metody są Anglicy; dość spojrzeć na ich statystyki olbrzymie, aby mieć wyobrażenie o rozległem zastosowaniu ligatury. I tak n. p. Lane[3]) był świadkiem około 800 operacyj w ten sposób dokonanych, z których tylko 3 zakończyły się niepomyślnie, ale nie z ropnicy; Allingham na 400 chorych nie stracił żadnego, a z 3210 operowanych w szpitalu św. Marka zmarło 5 (z ropnicy żaden). Z chirurgów polskich, o ile wiem, operują tym sposobem prof. Kosiński i Chwat[4]). Sposób wykonania operacyi jest bardzo prosty. Jedni zakładają podwiązkę czy to jedwabną, czy też elastyczną wprost na szypułkę guza, co najwyżéj wytworzywszy sobie poprzód na niéj za pomocą kleszczyków rowek, inni zaś jak n. p. Salmon, Starcke[5]), Kosiński okrawują poprzód guz, aby założyć podwiązkę, ile możności na same tylko naczynia, inni wreszcie n. p. Chwat, Coates[6]), Krabbel[7]) bojąc się spadnięcia podwiązki przebijają szypułkę guza igłą nawleczoną podwójną nitką i w ten sposób dopiero podwiązują każdą połowę guza z osobna. Zacisnąwszy podwiązki jedni odcinają guz, inni zaś reponują go w całości w nadziei, że wskutek powstrzymanego dowozu krwi guz uległszy zgorzeli sam odpadnie. Dodać tu jeszcze muszę, że niektórzy n. p. Salmon, Starcke. Baum[8]) ułatwiają sobie dostęp przez wstępną sfinkterotomiję.

Rezultaty téj metody mają być nader świetne, jak już dosadnie wynika z cyfr powyżéj przytoczonych. Nie mniéj jednak i tu nie wszystko bez ale! Ból po téj operacyi przez kilka dni ma być wcale znaczny, czasem, a Kijewski[9]) wspomina o 2 przypadkach z kliniki prof. Kosińskiego, w których przyszło do wytworzenia zatok ropnych choć powierzchownych, Snamenski[10]) zaś widział po założeniu podwiązki na guzy hemoroidalne napad tężca, który zakończył się śmiercią. Dodać tu wreszcie winienem, że sami zwolennicy ligatury przyznają, że nie wszystkie przypadki nadają się do téj operacyi; nieodpowiedną ma ona być w przypadkach guzów płaskich, nie posiadających smukłéj szypułki, przedstawiających się raczéj w formie wynicowanéj błony śluzowéj, mocno rozpulchnionéj i unaczynionéj.

Z pomiędzy środków niszczących guzy znacznym rozgłosem cieszyły się dawniéj alkalija i kwasy. Z pierwszych najczęściéj używaną była pasta wiedeńska, a celem ochronienia części otaczających skonstruował Jobert osobną klamrę, podobną do pierścienia klamry Spencer Wellsa

[1]) *On the treatment of haemorrhoids by crushing.* Ref. w *Centralblatt für Chir.* 1880, str. 665. — [2]) *Virchow & Hirsch. Jahresbericht f.* 1881. — [3]) *Centralblatt f. Chir.* 1875, str. 685. — [4]) *Centralblatt f. Chir.* 1880, str. 722. — [5]) *Charité-Annalen* 1874: *Ein Beitrag zur Operation der Hämorrhoidalknoten.* — [6]) *On a operation for the removal of. int. pites. Brit. med. Journ.* 1881, I. — [7]) *Jahresbericht der chirurg. Abtheil. des Cölner Bürgerhospitals v. J.* 1876. *Arch. f. kl. Chir.* T. 23, str. 639. — [8]) *Centralbl. f. Chir.* 1880, str. 722. — [9]) Guzy hemoroidalne, *Pamiętnik* Tow. lek. warsz. 1885 i 1886. — [10]) *Ueber die Abbindung der Hämorrhoidalknoten des Rectums.* Ref. w *Centr. f. Chir.* 1884, str. 585.

dla ekstraperitonealnego leczenia szypułki. Środek ten jednak, o ile mi się zdaje, zupełnie już wyszedł z użycia. Częściéj natomiast można się jeszcze spotkać z używaniem kwasu azotowego dymiącego, zalecanego gorąco w połowie bieżącego stulecia przez Houstona[1]), a w nowszych czasach i przez Billrotha[2]). Zastosowanie tego środka choć dość proste, zwłaszcza, że nadaje się do wykonania bez narkozy, ma jednak i liczne strony ujemne, z których najważniejszą może jest, że nie daje pewnéj rękojmi przeciwko pyemii. Rozumie się samo przez się, że jakkolwiek powierzchowne przyżeganie kwasem nie wystarcza, wystrzegać się należy zbyt energicznego i rozległego zastosowania tegoż, gdyż w ten sposób można wywołać znaczne zwężenie bliznowate otworu stolcowego i kiszki, albo co gorsza jeszcze, zniszczenie tkanek głębiéj położonych, jak to n. p. miało miejsce w przypadkach przytoczonych przez Ashtona, w których po przypaleniu powstała przetoka pochwowo-odbytnicowa. Zastosowanie kwasu azotowego, zdaniem Curlinga, nie nadaje się do guzów wielkich i twardych, ma zaś być wcale odpowiednem wobec guzów drobnych, płaskich, opatrzonych albo bardzo krótką szypułką, albo usadowionych na szerokiéj podstawie. Curling daje rozczynowi azotanu rtęciowego (*liquor hydrargyri nitrici oxydati*) pierwszeństwo przed kwasem azotowym, gdyż wnika nieco głębiéj w tkanki i trwalsze tworzy blizny.

W ostatnich latach w Ameryce gorąco poczęto zalecać wstrzykiwania kwasu karbolowego do guzów hemoroidalnych. O ile się zdaje, postępowanie to przez długie już lata było wykonywane przez lekarzy wędrujących, podobnie jak dawniéj cięcie kamienia i operacyja przepukliny. Zdania o wynikach osiągniętych tym sposobem operowania są nader jeszcze podzielone. Esmarch w najnowszem swem dziele o chorobach kiszki stolcowéj wprost odmawia téj operacyi racyi bytu, inni, jak n. p. Weber[3]), Sonnenburg[4]) ograniczają to postępowanie tylko do niektórych przypadków, podczas gdy jeszcze inni, n. p. Andrews[5]), Swinford Edwards[6]), Kelsey[7]), Senderling[8]), Weist[9]), Schalita[10]), Lange[11]), Hoppel[12]) gorąco je zalecają. Operacyja polega na tem, że wstrzykujemy w każdy guz strzykawką Pravaza 1 do kilku kropli kwasu karbolowego. Różnica w postępowaniu polega tylko w tem, że rozmaici operatorowie używają kwasu karbolowego w rozmaitem zgęszczeniu. I tak n. p. Sonnenburg używa rozczynu 25%, Hofmokl[13]) 50%, Lange albo czystego karbolu, albo rozczynu 50—33%, Swinford Edwards 10%, płyn zaś Kelseya waha się od rozczynu 5% aż do czystego kwasu karbo-

[1]) Curling. *Observations on the disease of the rectum* (tłom. niem. Erlanga 1853). — [2]) *Chirurg. Reminiscenzen aus dem Sommersemester* 1871. *Wiener med. Wochenschrift* 1871, Nr. 35. — [3]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha. 1885. — [4]) *W. med. Presse* 1887, str. 1579. — [5]) *Die Behandlung der H. mit parenchym. Injectionen.* Ref. w *Wien. med. Woch.* 1879, str. 1137. — [6]) *Wien. med. Presse* 1888, str. 1669. — [7]) *How to treat haemorrhoids by injections of carbolic acid.* Ref. w *Centralblatt f. Chirurg.* 1882, *str.* 675 1886, str. 188. — [8]) *Carbolic acid in ext. haemorrhoids Med. a. surg. Rep.* 1879, str. 218. — [9]) *Treatment of haem. by inj. of carb. ac.* 1879. — [10]) *Zur Frage von der op. Behandlung der Hämorrhoiden.* Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1885, str. 787. — [11]) *Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden.* Sprawozd. z 16-go zjazdu chirurgów niemieckich. *Centralblatt f. Chir.* 1887. — [12]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha 1884. — [13]) *Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung* 1881.

lowego. Także i w tem jest różnica postępowania chociaż nieznaczna, że jedni operują za jednym zawodem wszystkie guzy, drudzy zaś ograniczają się za każdym razem do 2—3 guzów. Guzy po wstrzyknięciu nabrzmiewają i twardnieją, aby się po kilku dniach znów skurczyć i dojść do rozmiarów drobnych, nie dolegających już choremu fałdów skórnych. Wyjątkowo tylko jednorazowe wstrzyknięcie ma niewystarczać tak, że operacyję po kilku tygodniach wypada powtórzyć. Chory przez cały przeciąg leczenia chodzi, co najwięcej przepędza pierwszy dzień po operacyi w łóżku, co obok możności wykonania operacyi bez uśpienia podnoszą jako największą zaletę tego sposobu.

Modyfikacyję postępowania, będącą połączeniem ligatury z injekcyją, opisal Schalita: podwiązuje on naprzód guz, a po zaciśnięciu podwiązki wstrzykuje kwas karbolowy Guzy odpadają zazwyczaj między 6-tym a 8-ym dniem.

Przypatrzmy się teraz wynikom osiągniętym tem postępowaniem. Statystyka Langego obejmuje 36 przypadków, z których w jednym po kilku latach rozwinęła się recydywa, Swinford Edwards opisuje 38 przypadków, wyleczonych bez wszelkich przypadów. Andrews zebrał około 3300 przypadków, operowanych tą metodą: z tych 9 umarło (1 z ropnicy), 7 doznało nawrotu choroby, 11 zaś było zupełnie niewyleczonych; oprócz tego w 10 przypadkach przyszło do silnego bardzo zapalenia, w 23 razach do rozleglejszego ropienia, a u 83 chorych przez dłuższy czas utrzymywał się ból znaczniejszy. O ropniach wikłających przebieg pooperacyjny i to nawet bardzo ciężkich wspominają także Schalita i Kelsey.

Moje doświadczenie w tej mierze jest bardzo tylko szczupłe, zebrane na kilku przypadkach, w których próbowaliśmy tego sposobu, wstrzykując czysty kwas karbolowy, jednakże bez widocznego skutku — zawsze musiałem się ostatecznie uciekać do wypalania guzów tak, że straciłem ochotę do dalszych prób, mimo że widziałem n. p. wcale piękne wyniki po wstrzykiwaniach kwasu karbolowego do naczyniaków na czole, powiekach, wargach itp.

Do rzędu środków niszczących guzy hemoroidalne zaliczyć wreszcie należy żelazo rozpalone, którego w tym celu używano już w starożytności w formie żegadła, stosowanego wprost na błonę śluzową kiszki. Później popadlszy w zapomnienie, dopiero znów w bieżącem stuleciu dzięki chirurgii angielskiéj i niemieckiéj znalazł środek ten rozleglejsze zastosowanie. W Anglii operują tym sposobem głównie Lee[1]) i Smith[2]), a w Niemczech za Langenbeckiem większość chirurgów przyjęła go za główną lub jedyną metodę operacyjnego usuwania hemoroid. O szczegółach sposobu operowania później wspomnę, tu tylko nadmienię o różnicy w postępowaniu poszczególnych chirurgów: Anglicy, a z Niemców n. p. Küster[3]) założywszy na szypułkę guza kleszcze zaciskające odcinają takowy, a pozostały dopiero kikut przypalają termokauterem, podczas gdy większość chirurgow niemieckich przestrzegając dokładnie przepisu Langenbecka, cały guz po zaciśnięciu szypułki niszczy żegadłem. Cyfry statystyczne przemawiają wcale na korzyść téj metody. Smith sam wykonał ją 430 razy, a stracił tylko jednego chorego, u 2 zaś chorych rozwinęło się następowo znaczne zwężenie kiszki stolcowéj; Langenbeck sam operował w ten sposób kilkaset razy bez jakichkolwiek powikłań. Wprawdzie nie

[1]) *Centralbl. f. Chir.* 1874, str. 319. — [2]) *Surgery of the Rect.* Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1882, str. 227. — [3]) *Chirurgisch onkologische Erfahrungen. Arch. f. kl. Chir.* T. XII.

brak i tu doniesień o ropnicy, wikłającéj przebieg pooperacyjny, n. p. w przypadkach Burowa[1]), Gowlanda, Holmesa i innych. Przypadki te odnoszą się jednak albo do czasów przedantiseptycznych, albo do pierwszego okresu rozwoju postępowania przeciwgnilnego.

Richet[2]) i Bazy[3]) zastosowali żelazo rozpalone w odmiennéj nieco formie celem leczenia hemoroid. Podali oni osobne kleszcze, kształtem przypominające nożyce, używane przez fryzyjerów do karbowania włosów, któremi rozgrzawszy je do czerwoności chwytają szypułki guzów i spalają. Richet stosował ten sposób 19 razy z wynikiem pomyślnym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

† Brown-Sequard oddawna już przypuszczał, że czynność gruczołów nie ogranicza się tylko do wydzielania, lecz że wpływają one na ustrój jeszcze za pomocą rozmaitych przez się wytwarzanych produktów, które dostają się do krwi. Potwierdzenie téj myśli widział w zmianach psychicznych u eunuchów. Dla wyjaśnienia kwestyi czynił on kilka doświadczeń. Z początku przeszczepiał zwierzętom jądra innych zwierząt tegoż gatunku, jednakowoż udało mu się takie doświadczenie tylko raz jeden na psie, który stary i osłabiony odzyskał jak się zdawało na nowo zdolność płciową. W dalszym ciągu wstrzykiwał zwierzętom krew z żyły nasiennéj, albo też ciecz otrzymaną przez rozcieranie jądra lub pęcherzyków nasiennych. Ponieważ wstrzykiwania takie nie wywoływały żadnych nieprzyjemnych skutków, odważył się więc wstrzyknąć sobie mięszaninę otrzymaną przez rozcieranie jądra morskiéj świnki z krwią wziętą u niéj z żyły nasiennéj. Skutek otrzymał zadziwiający: czynność nerwowa podniosła się we wszystkich kierunkach, autor według swych słów, „jakby odzyskał część młodości“, siła mięśniowa znacznie się powiększyła, skurcze pęcherza moczowego i jelit odbywały się z taką siłą, jakiéj już dawno nie doświadczał, zdolność do pracy umysłowéj znacznie się podniosła. W końcu zastrzega się autor, że mogło to być rodzajem złudzenia, samo-poddawania, jednakowoż jemu się wydaje, że tak nie jest. (*La Semaine médicale*, 5 czerwca).

Patologija.

H. Schmidtborn: **O duszności nerwowéj.**

Istota duszności nerwowéj polega na usposobieniu odziedziczonem lub nabytem, które potrzebuje tylko pobudki, aby wywołać wybuch napadu. Zadrażnienia te powstawają na drodze odruchu, najczęściéj z dróg oddechowych, przedewszystkiem z błony śluzowéj nosa, ale też i z innych części ciała; wzruszenia umysłowe mogą sprowadzić napad. Etyjologicznie więc stoi dychawica obok padaczki i pojęcie jéj jako kurczu odruchowego liczy obecnie najwięcéj zwolenników. Obok zboczeń w oddychaniu, najwięcéj uderzających, napotykamy barwę twarzy bladą i sinawą, czoło pokryte potem, uderzenia serca częste i nieregularne, tętno sprychowe słabe i małe, ciepłotę na odnogach obniżoną, a z objawów podmiotowych uczucie zasznurowania w piersi. Chcąc pojąć istotę dychawicy, należy zwrócić uwagę na nieprawidłowe objawy ze strony narządu krążenia; nie tłómaczy ich ani nieprawidłowe oddychanie, ani kurcz przepony, ani kurcz mięśni oskrzelowych. Jeżeli przeszkoda leży w płucach, odnosi się ona nie do ich przewiewającego działania, lecz musimy jéj szukać w małem krążeniu. Narząd oddychania bierze bardzo znaczny udział w powstawaniu i utrzymywaniu krwi obiegu i niemałe znaczenie posiada czynność narządu oddechowego dla krążenia małego. Do sił, wpędzających krew do żył płucnych, zaliczamy także mięśnie tętnic płu-

[1]) *Bericht über die Verh. der chir. Section der 53. Versamml. d. Naturforscher. Centralbl. f. Chir.* 1880, str. 722.— [2]) *Bourrelets hemorrhoidaires emploi de la pince-cautère rougie au feu. Medic. prat.* Paris 1881. — [3]) *De l'emploi de la pince cautère écrasante dans le traitement des hémorrhoides.* Ref. w *Centralblatt f. Chirurg.* 1883, str. 687.

cnych, których czynność jest ta sama, co mięśni tętnic ciała. Działanie tych mięśni jest dla krążenia w płucach w tem samem znaczeniu aktem wydechowym, jak czynność mięśni wydechowych przy wypędzaniu powietrza z płuc. Muskulatura tętnicy płucnéj działa głównie w okresie wydechowym i istnieją nerwowe połączenia, zapewniające współdziałanie sił wentylujących i cyrkulacyjnych. Objawy dychawicy występują głównie przy odruchach wydechowych i można sobie wyobrazić, że chorobowy wynik tych wydechowych podrażnień rozszerza się jeszcze daléj w znaczeniu wydechania i sprowadzić może zadrażnienie nerwów, zaopatrujących mięśnie tętnic płucnych, że wywołać może ich skurcz, który wpłynie bardzo niekorzystnie na cyrkulacyjne działanie narządu oddechania; wsysający wpływ płuc przez to się zmniejsza, mniéj krwi przechodzi przez małe krążenie i mniéj krwi dostaje się do aorty. Uczucie zasznurowania jest może też następstwem skurczu mięśni naczyniowych. W końcu przemawia za tem tłómaczeniem szybki wpływ morfiny, chloralu, a przedewszystkiem azotynu amylowego. (*Volkmanna Samml. kl. Vortr.*).

Villar: **O podobieństwie zmian patologicznych wewnętrznych narządów płciowych u mężczyzny i u kobiety.**

Podawszy porównawczy opis rozwoju narządów płciowych u mężczyzny i kobiety, podnosi V. podobny sposób, w jaki powstają miejscowe zakaźne choroby, a przedewszystkiem rzeżączka. Najpierw porównywa zapalenie rzeżączkowe naczyń odwodzących (*vasa deferentia*) i przyjądrza z jednéj, a zapalenie jajowodów z drugiéj strony razem z ich stanami następowemi: puchlina pochwy jądrowéj, z krwistekiem moszen, zanikiem jąder, zapaleniem otrzewny miednicznéj i zwyrodnieniem jajników; udowadnia większe znaczenie tych spraw chorobowych dla niepłodności kobiecéj okolicznością, że zapalenie otrzewny u niewiast występuje najczęściéj obustronnie, podczas gdy u mężczyzn ogranicza się ono z powodu stosunków anatomicznych najczęściéj do jednéj strony. W ten sam sposób omawia choroby jąder w przebiegu zakaźnego zapalenia ślinianki przyusznéj, którym mają odpowiadać choroby jajników; w końcu zestawia analogiczne choroby w przebiegu ospy, płonicy, gruźlicy i kiły. (*Le Progrès med.*, 1888. Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Pott-Thomas: **O wartości postępowania przeciwgorączkowego w chorobach zakaźnych.**

Powody, które zdania sprzeciwiające się postępowaniu przeciwgorączkowemu wywołały, są wielorakie. Doświadczenia Naunyna wykazały, że króliki tygodniami sztucznie podwyższoną ciepłotę mniéj lub więcéj do 41·5°C. doskonale znosiły. Również i człowiek, choć o wiele krócéj sztucznie podwyższoną ciepłotę dobrze znosi. Jednak tu są inne warunki niż w chorobie, bo w téj ostatniéj nietylko ciepłota jest podwyższoną, ale w ogóle zakażenie i na regulacyję ciepła ujemnie wpływa.

Przeciwnicy działania przeciwgorączkowego twierdzą, że gorączka jako oddziaływanie ustroju przeciw zakażeniu jest konieczną, a nawet zbawienną. Dowodów na to jednak nie ma żadnych, chyba twierdzenia Miecznikowa, że gorączka czynności fagocytów zwiększa, a przez to wydalenie szkodliwych dla ustroju bakteryj przyspiesza.

Zapatrywania przeciwne postępowaniu przeciwgorączkowemu powstały: raz skutkiem nauki o mikroorganizmach, a powtóre skutkiem szybkiego a pewnego działania nowszych środków przeciwgorączkowych. Obie te okoliczności przekonały lekarzy, że gorączka jest tylko jednym z objawów zakażenia, że choroba, mimo zniesienia lub zmniejszenia gorączki trwa bez zmiany tak co do czasu trwania jak i przebiegu. Pott uznając te zapatrywania poniekąd za słuszne jest przecież zwolennikiem miernego i do indywidualności zastósowanego działania przeciwgorączkowego, przedewszystkiem ze względu na ulgę, jaką się choremu prawie zawsze w ten sposób przynosi, powtóre, ponieważ obowiązkiem naszym jest o ile możności zwalczać objawy chorobowe, ustrojowi zagrażające lub szkodliwe. Objawem takim zaś gorączka jest bezwarunkowo; wśród środków przeciwgorączkowych chwali kąpiele letnie (nie niżéj + 26°R) z chłodniejszemi zlewaniami, przyznaje jednak, że działa w ten sposób i podniecająco zarazem.

Thomas zgadza się zupełnie z Pottem, poleca zaś działanie przeciwgorączkowe skombinowane, t. j. kąpiele i równoczesne podawanie środków przeciwgorączkowych, wśród których najwięcéj chwali antipyrynę i antifebrynę. Naturalnie i środki podniecające znajdują u niego przy tem szerokie zastosowanie. (*Rozprawy w Sekcyi pedyjatr. 61 Zjazdu lek i przyr. niem.*). *Dr Kaden.*

† Dr. Chambard opisuje nowy przypadek pierwotnego raka gruczołów limfatycznych, w którym znaleziono jeszcze tylko małe ogniska nowotworowe w nerce, które sądząc ze wszystkiego były wtórnemi. Na podstawie istniejących danych opisuje on tę chorobę w następujący sposób: Z początku powstaje rak w jednym gruczole limfatycznym i wywołuje powiększenie i większą zbitość tego gruczołu. W następnym okresie zajmuje on i gruczoły sąsiednie, które wreszcie zlewają się w jedną masę o nierównéj pagórkowatéj powierzchni. W trzecim okresie zajmuje nowotwor głębokie gruczoły, i rozprzestrzenianie się jego staje się na pewien czas jakby utajonem. Dopiero późniéj zjawia się on w innych gruczołach powierzchownie ułożonych i oddalonych od miejsca pierwotnego powstania choroby. Rozpoznanie takiego raka przedstawia z początku znaczne trudności, dla tego też w praktyce jest rzeczą bardzo ważną zwracać uwagę na wszelkie powiększenie gruczołów limfatycznych. Wskazaną jest pomoc chirurgiczna w przewlekłem zajęciu gruczołów limfatycznych u ludzi już nie młodych i w miejscach takich, gdzie zwykle nie występują zołzy. (*Le Progrès med.*, 1 czerwca).

Farmakologija.

M. Kaposi (Wiedeń): **O erytrofleinie, jako środku znieczulającym.**

O pochodzeniu, farmakologicznych własnościach, jakoteż o działaniu erytrofleinu na spojówkę już referowano, obecnie donosimy o doświadczeniach, które przeprowadził K. w celu stwierdzenia jego znieczulających własności na skórę. K. używał, podobnie jak Lewin, *Erythrophlaeinum muriaticum* Mercka do podskórnego zastrzykiwania u ludzi i podaje następujące wyniki: Erytrofleina sprowadza u człowieka po podskórnem wstrzyknięciu miejscowe znieczulenie; potrzebna do tego dawka wahała się między 0·0025 do 0·01 i 0·02. Znieczulenie występowało dopiero po 15 minutach, a trwało 1—3 godzin. Anestezyja występuje tylko na małéj środkowéj przestrzeni miejsca zastrzyknięcia, podczas gdy na jego obwodzie występuje parestezyja. Analgezyja była często zupełniejszą niż anestezyja, gdyż uczucie dotyku prawie nigdy nie było zupełnie zniesione. Miejscowe objawy podrażnienia występowały jako uczucie palenia w miejscu zastrzyknięcia i silne bóle daleko się rozpromieniające, trwające kilka godzin lub 1—2 dni. Przedmiotowo występowało w miejscu zastrzyknięcia jako objawy podrażnienia zaczerwienienie, obrzmienie i podwyższenie się ciepłoty. Objawy ogólnego zatrucia występowały po 15 minutach do jednéj godziny po dawce 0·02 jako zawrót głowy, zwężenie źrenic, osłabienie i zwolnienie czynności serca i tętna, przyspieszenie i płytkość oddechów, nudności i wymioty; objawy te utrzymywały się przez kilka do wielu godzin. Opierając się na tych doświadczeniach nie poleca prof. K. erytrofleiny do praktycznego używania jako środka znieczulającego, przeciwnie odradza jego zastósowania w praktyce wobec miejscowych objawów podrażnienia, ogólnego działania trującego i ciasnych granic dla trującéj i miejscowo znieczulającéj dawki (0·02—0·01—0·005), nie traci jednak nadziei, że może znajdzie zastosowanie w leczeniu, gdy się uda wykluczyć jego szkodliwe własności. (*Wien. med. Wochensch.*, 1888).

Choroby weneryczne.

H. Weber (St. Johann-Saarbrücken): **O leczeniu suchot kwasem węglowym.**

Halter spostrzegł, że robotnicy w piecach wapiennych nie podlegają gruźlicy, co tłómaczy tem, że powietrze powyżéj 40° wstrzymuje rozwój prątków gruźliczych. Gdyby to tłomaczenie było słusznem, to robotnicy w fabrykach szkła i wogóle ludzie, pracujący jeszcze w wyższych stopniach ciepła, tem bardziéj powinniby być wolni od gruźlicy, czego

jednak doświadczenie nie potwierdza. Weber tłómaczy bezpieczeństwo wspomnianych robotników od gruźlicy działaniem kwasu węglowego, uchodzącego podczas wypalania wapna. Chorzy na moczówkę cukrową szczególnie łatwo ulegają gruźlicy. Według teoryi Ebsteina o niedostatecznem wytwarzaniu się kwasu węglowego w cukrówce, ma kwas ten nie tylko przeznaczenie być wydzielonym jako wytwór końcowy wymiany materyi, lecz wywiera on także regulująco tamujący wpływ na rozpad glykogenu i ciał białkowych. Wskutek niedostatecznego wytwarzania się CO_2 powstaje więc cukrzyca, względnie ułatwia to jéj powstawanie. Wobec tak częstego równoczesnego występowania moczówki cukrowéj i gruźlicy usprawiedliwiony jest wniosek, że nieprawidłowość tkankowa Ebsteina sprzyja także rozwojowi prątka Kocha. Przypuszczając to, przypuszczamy chętniéj wytwarzający się przy wypalaniu wapna CO_2, niż gorące suche powietrze jako czynnik, zabezpieczający wspomnianych robotników od suchot. To zapatrywanie o działaniu CO_2, wstrzymującem rozwój gruźlicy, potwierdzają jeszcze inne powszechnie znane okoliczności. Suchoty podczas ciąży nie postępują, co K. tłómaczy tak: płód doprowadza wytworzony przez swoją wymianę materyi CO_2 nieustawicznie ustrojowi matczynemu, co wstrzymuje morderczą chorobę. Po wydaleniu płodu ustaje także powiększony dowóz CO_2, a wtedy prątki gruźlicze znowu łatwo bujają. Według Traubego posiadają chorzy na serce, których cierpienie sprowadza znaczne przekrwienie płuc, a więc przeładowanie CO_2, pewne zabezpieczenie przeciw gruźlicy; także względną *immunitas*, jaką cieszą się chorzy z rozedmą płucną, nie można inaczéj tłómaczyć, jak tylko wpływem CO_2, w ich płucach obficie nagromadzonego. Wobec tego nie dziw, że użyto w celach leczniczych CO_2. Działanie jego w powiększonéj ilości na ustrój osiągnąć można w dwojaki sposób: 1) przeszkadzając zbyt szybkiemu wydzielaniu się wytworzonego w ustroju wskutek sprawy życiowéj CO_2 lub 2) doprowadzając go ciału w zwiększonéj ilości. Weber podawał chorym dwuwęglan sodowy, 3 razy dziennie łyżeczkę po wypiciu szklanki wody z 12 kroplami kwasu solnego. Z przytoczonych 10-ciu historyj chorób widać, że chorzy po tem leczeniu czuli się lepiéj, oddech stał się łatwiejszym i swobodniejszym, apepyt się poprawiał, kaszel się zmniejszał, sen spokojniejszy i dłuższy. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 35).

M. Potain: **Kiła płuc, anatomia patologiczna, objawy i rozpoznanie.**

Kiła płuc może wystąpić pod trojaką postacią: 1) kilaków, 2) nacieku tkanki płucnéj, 3) kilaków i nacieku; do postaci drugiéj zalicza także zapalenie białe (*Bronchopneumonia desquammativa*). Objawy kiły płucnéj, które zwykle odnoszą się do okresu trzeciorzędnego, nie przedstawiają nic cechującego i podobne są do objawów, jakie dają suchoty płucne w okresie tworzenia się jam i zagęszczeń, tak, że rozróżnienie kiły od gruźlicy płuc jest często trudne, zwłaszcza, że badanie bakteryjologiczne plwocin w gruźlicy często daje wynik ujemny. Również utrudnione jest rozpoznanie, jeżeli gruźlica i kiła równocześnie występują i tu zachodzą dwie możliwości: albo kiła występuje obok gruźlicy albo odwrotnie. W pierwszym przypadku pogarsza kiła stan ogólny, osłabia ustrój i jego odporność, a prócz tego gruźlica znosi często bardzo źle leczenie przeciwkiłowe. W drugim razie występuje gruźlica zwykle w trzeciorzędnym okresie kiły, bardzo rzadko już w wtórorzędnym. Poprzednio przebyte zapalenie płuc kiłowe ułatwia prątkom gruźliczym wtargnięcie do płuc i ich rozwijanie się i skłonność do gruźlicy powiększa się. W leczeniu chorób płuc gruźliczo kiłowych należy poprzednio leczyć kiłę jako chorobę, która osłabia ogólny stan, a potem dopiero gruźlicę. Jeżeli nawet w niektórych przypadkach suchotnicy źle znoszą rtęć, należy przecież wybierać rtęć, jako najszybciéj prowadzącą do wyleczenia, zwłaszcza, że jod w wielkich dawkach szkodzi przewodowi pokarmowemu. Łatwem jest odróżnienie od innych chorób płucnych, jak od rozstrzeni oskrzeli, raka płuc itd. (*Gaz. des hôpit.*, 1888, Nr. 137 i 138). *Dr. Baschkopf.*

Drowie Bianchi i Georgeri zalecają nowy sposób wysłuchiwania dźwięków, powstających w klatce piersiowéj i jamie brzusznéj. Wprowadzają oni sondę do żołądka i łączą ją ze słuchawką, mającą rurki dla obu uszu. Georgeri rozróżnia w ten sposób dźwięki powstające w gardzielu (n. p. wskutek tarcia sondy o zwężone miejsce), w żołądku, w sercu i przy oddechaniu. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 30 maja). *A. W.*

† Prof. Jacoud opisuje 3 przypadki gruźlicy pochodzenia urazowego. W 2 przypadkach można było dokładnie spostrzegać stopniowy rozwój choroby u ludzi zupełnie przedtem zdrowych, którzy po urazie dostali zapalenia płuc, a wkrótce i gruźlicy. Autor tlumaczy podobne przypadki tem, że uraz wytwarza warunki sprzyjające zakażeniu się. Najczęściéj uraz, po którym powstaje gruźlica, wywołuje przedtem krwioplucie i zapalenie płuc, lub też samo tylko zapalenie płuc bez poprzedzającego krwioplucia, albo też wreszcie bez tych objawów występuje wprost gruźlica połączona z upadkiem sił. Prof. Jacoud wskazuje na znaczenie podobnych przypadków dla medycyny sądowéj n. p. przy orzeczeniach sądowych co do urazów z winy kolei żelaznéj. (*La Semaine médicale*, 29 maja).

† Weltendorfer polecił choremu, który miał rozstrzeń żołądkową, połączoną z wypryskiem na tułowiu, uciskanie brzucha za pomocą gumelastycznéj opaski Martina. Wyprysk ustąpił, a równocześnie z nim ustąpiły i wszystkie nieprzyjemne objawy żołądkowe, jak to odbijanie, wzdęcie brzucha, uczucie ciężkości po jedzeniu, uporczywe zaparcie stolca. Zachęcony tem przypadkowem wyleczeniem stosuje obecnie Dr. W. działanie gumelastycznéj opaski w rozmaitych chorobach żołądka i w uporczywych zaparciach stolca i otrzymuje zadowalające wyniki. Zwykle nakłada on opaskę zaraz po jedzeniu na przeciąg jednéj godziny i używa do tego pasa gumelastycznego o szerokości 20 do 25 ctm., który posypuje pudrem w celu uniknięcia rumienia na skórze. (*Internationale klinische Rundschau* 19 maja).

Chirurgija.

Albertin: **Wskazania i przeciwwskazania do podwiązania tętnicy dogłowowéj wspólnéj.**

A. opiera się na statystyce Leforta (411 przypadków) i Wietha (prawie 800). Przyczyną do podwiązania *Carot. comm.* były zranienia z pierwotnemi lub następowemi krwotokami (po ranach postrzałowych z wojny amerykańskiéj 49 podwiązań z 37 †). Przy następowych krwotokach po owrzodzeniach lub zaniku ściany tętniczéj było na 116 podwiązań 58 przypadków śmierci (28 razy krwawienia następowe, 23 razy zboczenia mózgowe). Co się tyczy dobrowolnego uszkodzenia tętnicy, to wobec stosunkowo dobrego rokowania w *aneurysma carotideo-jugulare* wobec tętniaka tętniczego nie należy polecać operacyi. Z powodu *aneur. carot. ext.* podwiązano tętnicę dogłowową wspólną 12 razy z 2-ma przypadkami śmierci, z powodu *aneur. carot. int.* 6 razy z 2-ma przypadkami wyleczenia, z powodu nawrotu 2 razy z wynikiem śmiertelnym. W leczeniu 38 miu guzów prowadziło podwiązanie 3 razy do wyleczenia, natomiast było wobec guzów naczyniowych oczodołu na 16 operacyj 10 wyleczeń, 3 polepszenia, 1 raz bez skutku, 2 razy śmierć. Jako operacyja pomocnicza celem ułatwienia innych operacyj służyło podwiązanie w 44 przypadkach z 10 ciu przypadkami śmierci a 10 razy bez skutku. Z powodu padaczki i innych nerwowych chorób podwiązano tętnicę 26 razy z wynikiem autorowi nieznanym. Podwiązano obie tętnice 23 razy (5 razy śmierć, 18 razy wyleczenie). Jako następstwo podwiązania wystąpiło z zboczeń mózgowych omdlenie, coma, majaczenia, drgawki, ból głowy po téj saméj stronie, porażenie połowicze strony przeciwnéj, bezgłos, utrudnienie połykania, duszność, a mianowicie było na 370 przypadków podwiązania tętnicy wspólnéj 100 razy objawy mózgowe z 78-miu przypadkami śmierci. Na 320 przypadków, w których przedtem wykluczono zboczenia nerwowe i w których nie użyto podwiązania do pomocy przy innych operacyjach, mających same przez się gorszą statystykę śmiertelności, było 170 przypadków wyleczenia, a 132 śmierci, z których 73 jest następstwem jedynie zboczenia mózgowego jako bezpośredniej przyczyny śmierci. (*Prov. méd. Lyon*, 1889, Nr. 21).

Lauenstein (Hamburg): **Uwagi o leczeniu zwężenia odźwiernika.**

Na ósmym zjeździe dla medycyny wewnętrznéj w Wies-

badenie przedstawił L. dwóch chorych, z których każdy w inny sposób był operowany: jednemu z nich założono z powodu dobrotliwego, lecz nie nadającego się już do operacyi zwężenia odźwiernika z zgrubieniem ścian przed pół rokiem przetokę żołądkowo jelitową. 33-letni chory, który od wielu lat cierpiał na żołądek, a w ostatnich dwóch latach wymiotował pokarmy, przybrał od operacyi 41 funtów na wadze i ma się dobrze. Drugi 52-letni chory z ruchomym guzem odźwiernika i równoczesnem bardzo znacznem zwężeniem jego światła poddany był wycięciu i od zabiegu nietylko waży 39 funtów więcéj, lecz mógł oddać się znowu swemu zajęciu jako ślusarz. Nawiązując podaje kilka spostrzeżeń, jakie mu się nastręczyły przy rozpoznawaniu i chirurgicznem leczeniu 20-stu przypadków zwężenia odźwiernika. Ponieważ także zwężenia dobrotliwe mogą się łączyć z guzem, dla tego nie można raków i zwężeń odźwiernika natury dobrotliwéj odróżnić od siebie przy kwestyi ich chirurgicznego leczenia. Jeżeli nawet dopiero po otwarciu jamy brzusznéj można rozstrzygnąć, czy i jaki można wykonać zabieg, to przecież mamy niektóre wskazówki do rozpoznania. Z ruchomości guza można czynić pewne wnioski o istniejących zrostach i o długości dwunastnicy. Przy braku zrostów znajduje się guz odźwiernikowy, jeśli żołądek jest próżny, daleko na lewo, jeśli jest pełny, daleko więcéj na prawo. Niektóre zrosty jednak, jak n. p. z pęcherzykiem żółciowym lub z krezką okrężnicową względnie z jelitem poprzecznem, pozwalają jeszcze na znaczne ruchy. We wszystkich przypadkach jest istniejący guz najłatwiéj macalny przy wypróżnionym żołądku. Wogóle jest rozstrzeń przy wrzodzie zwężającym znaczniejszą, niż przy raku. Zwężający wrzód dwunastnicy daje klinicznie te same objawy, co zwężenie odźwiernika. Zgrubienie ścian odźwiernika, idące często w parze z wrzodem zwężającym, pozwala przypuścić ruchomy odźwiernik. Kliniczne rozróżnienie wrzodu od raka nie zostaje ułatwione przez badanie drobnowidowe i chemiczne: znajdujemy wolny HCl. w raku, a brak takowego w wrzodzie. Chéra ma dla rozpoznania wielkie znaczenie. Chorzy z wrzodem zwężającym, zwłaszcza płci męskiéj, nie okazują mimo ogromnego wychudnienia ani niedokrewności ani chéry. Co do operacyi, użyć możemy, pominąwszy operacyję Lorety, następujących zabiegów: 1) Pyloroplastyka według Heinekego-Mikulicza nadaje się tylko dla zwężeń dobrotliwych bez zgrubienia ścian żołądka. 2) Gastro-enterostomija Wölflera, nadająca się w przypadkach zwężającego wrzodu lub raka, w których doszczętne usunięcie odźwiernika jest niemożebne lub zbyt niebezpieczne. Jest ona daleko mniéj niebezpiecznym i krócéj trwającym zabiegiem, niż resekcyja. 3) Wycięcie odźwiernika, stósowne w przypadkach raka i dobrotliwego zwężenia odźwiernika bez zrostów i daje ono w razie udania się idealny wynik. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

S. Wiadomość ważną dla operujących przy świetle gazowem ogłasza Stobwasser, a mianowicie, że para chloroformu przechodząc przez płomień gazowy rozkłada się, wskutek tego powstają gazy nieodpowiednie dla oddychania, a mianowicie tlenek chlorowęglowy, kwas chlorowodowy i chlor. Doświadczenia na zwierzętach wykonane w przestrzeni zamkniętéj wykazały, że pod wpływem tych gazów w ten sam sposób wywiązywanych powstaje duszność, która u jednych zwierząt kończyła się śmiercią z obrzęku płuc, inne zwierzęta przychodziły do siebie. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 34, 1889).

Choroby kobiece.

Kleinwächter (Czerniowce): **Przyczynek do leczenia ginekologicznego kąpielami.**

Opierając się przecenianiu leczenia kąpielami, autor nie może nie uznać dobroczynnych i skutecznych skutków za pomocą takiego leczenia w pewnych odpowiednich przypadkach osiągnąć się dających. Najwięcéj chwali K. leczenie to przy pozostałościach wypocin po przebytych zapaleniach przy i okołomacicznych, gdzie chłonienie niezupełnie i za powoli ma miejsce, szczególnie przy równoczesnéj niedokrewności i po ukończeniu się okresu ostrego zapalenia. Jeżeli pora roku i stosunki choréj na to pozwalają, wskazane jest dla choréj udanie się do kąpiel żelezistych, aby tam pod kierunkiem lekarza używać odpowiednich zdrojów i kąpieli. Tam, gdzie dość często niestety stosunki pieniężne na to nie pozwalają, najlepiéj, jeżeli chore w domu to samo robią. Najstosowniéj, jeżeli chore piją odpowiednie łatwe do przyswajania wody franzensbadskie, które jak wiadomo, bardzo dobrze się znosi. Bardzo ważne są kąpiele żeleziste. Dodaje się do kąpieli całkowitéj $^1/_2$—1 kilo soli borowinowéj, albo 1—2 kilo ługu borowinowego Mattoniego, względnie mięszaninę obydwu, aby działanie kąpieli spotęgować. Lepiéj z początku używać takich kąpieli rzadziéj (2 razy na tydzień) i na krótki czas (10—16 minut), aby poznać oddziaływanie na nie chorych. Jeżeli chore dobrze znoszą kąpiele, można je 5 razy na tydzień i do 30 minut stosować. Za średnią ciepłotę kąpieli uważa K. 28—34° R. Ściśle trzeba zastrzegać, aby nie używać kąpieli przed spaniem. Najodpowiedniejszy czas do kąpieli jest przed południem. Działanie takich kąpieli można wzmacniać przez gorące wstrzykiwania pochwowe za pomocą roczczynów wymienionych soli i ługu. Dodaje się do wody o ciepłocie 30°—37° soli w stosunku 1:2, albo ługu 2—3% 2—3 razy na dzień. Ilość płynu ma wynosić 1—1$^1/_2$ litra. Z początku poleca się używać mniéj wody, mniejszéj ciepłoty i z mniejszéj wysokości, a tylko raz na dzień. Lepiéj, jeżeli chora przy tem poziomo leży i pozostaje w łóżku jeszcze przez pół godziny po wstrzykiwaniu. Dlatego najstosowniéj wykonywać takie wstrzykiwanie rano przed wstaniem i wieczorem przed spaniem. Chłonienie ługu borowinowego przy tem jest powiększone. Lekko ściągające działanie roczczynu soli zmniesza upławy, których nigdy w takich chorobach nie brak, a może je nawet zupełnie usunąć. Wysoka ciepłota płynu działa chłoniąco i obniża istniejące przekrwienie naczyń miednicowych. Mechaniczne działanie stałego prądu płynu zastępuje massaż, i również do dobrego skutku się przyczynia. W przewlekłych zapaleniach jajowodów, macicy, jako też w niedostatecznem zwinięciu się macicy po porodzie lub po poronieniu również można osiągnąć bardzo dobre skutki za pomocą wymienionego sposobu leczenia. (Odbitka z *Wiener med. Presse* Nr.31, 1889). *Dr. R. Spira.*

Choroby uszne.

Suarez de Mendoza: **Przypadek wyleczenia padaczki po wyłuszczeniu ukleja jamy bębenkowéj wypełniającego przewód uszny.**

Chory 28-letni cierpiał od 9 lat padaczkę, którą dotąd wszelkiemi środkami bezskutecznie leczono. Przewód uszny zewnętrzny był wypełniony uklejem sięgającym do skrawka ucha. Dotykanie guza wywoływało natychmiast napad padaczkowy, lekki ucisk sprowadzał napady zawrotu głowy. Przystąpiono do wyłuszczenia nowotworu. Ze względu na często przy operacyi powtarzające się przypady zawrotu głowy musiano postępować nadzwyczaj ostrożnie. Najprzód wydobyto część ukleja, a w innem posiedzeniu zdołano wyłuszczyć drugą część już bez wystąpienia zawrotu. Resztę guzu zniszczono w 8 dalszych posiedzeniach, a ropienie ustało po trzech tygodniach. Od tego czasu chory był wolnym od zawrotu i nie miał nigdy więcéj napadu padaczkowego. (*Revue mens. de Laryng.*, 1888). *Dr. R. Spira.*

Choroby skórne i weneryczne.

Herzenstein (Petersburg): **W jaki sposób należy chronić osesków od zarażenia się kiłą od mamek.**

W Petersburgu zdarzają się zarówno przeniesienia kiły z mamek na osesków, jak i odwrotnie, a sposobu do zapobiegania temu są następujące: 1. Bez zezwolenia urzędu zdrowotnego nie może nikt trudnić się zawodowo dostarczaniem mamek (dotychczas trudnili się tem między innymi stróże zakładów położniczych). 2. Biura mamek powinny zostawać pod dozorem urzędu zdrowotnego i nie mogą dostarczać mamki do karmienia, dopóki pierwéj nie została dokładnie zbadaną przez lekarza fachowego. 3. Każda mamka powinna posiadać książkę zdrowia, w któréj lekarz zapisuje uwagi o stanie zdrowia nie tylko mamki, ale także, o ile to możebne i jéj dziecka. 4. W wielkich zakładach położniczych powinny być urządzane urzędowe biora mamek, ponieważ zawsze pewna liczba kobiet, które tam porodziły, przyjmuje obowiązki mamek i klasa wykształcona chętnie zwraca się do zakładów położniczych z prośbą o świeżą mamkę. 5. Zakłady dla podrzutków nie powinny oddawać mamek do

domów prywatnych, ponieważ często nie można dowiedzieć się o podrzutkach, czy nie pochodzą z rodziców kiłowych. (*Monatschr. f. prakt. Derm.* 1888, Nr. 8).

Ed. Kraus (Wiedeń): **Przyczynki statystyczne do patologii kiły dziedzicznej**.

W przeglądzie statystycznym z oddziału poliklinicznego prof. Montego stara się K. odpowiedzieć na szereg pytań, tyczących się kiły odziedziczonej. Liczba przypadków tej postaci kiły wynosiła w przeciągu 15 lat na 50.000 leczonych dzieci 316, t. j. 0·68%; chłopcy i dziewczęta byli w równej ilości. Co do wieku, przypada ³/₄ przypadków) po odciągnięciu nawrotów) na pierwsze trzy miesiące życia. Nawroty występowały w bardzo odmiennych porach, najczęściej jednak dopiero po czwartym miesiącu życia i obejmują prawie połowę wszystkich spostrzeganych przypadków. Co do postaci była u dzieci po raz pierwszy zapadłych wysypka plamista najczęstszą, po niej następuje wysypka guzkowa, plamisto-guziczkowa, chrostkowa i łuszczyca. Między nawrotami przeważały znacznie kłykciny sączące. Obrzęki śledziony znalazł w 20·36%; kiłę kości (włącznie z pseudoparalizą) w 7·24% wszystkich przypadków; obrzęki wątroby tylko 4 razy. Śmiertelność wynosiła (uwzględniając materyjał polikliniczny) 43 przypadki, z których 21 było w pierwszym kwartale życia. Najczęstszą przyczyną śmierci było zapalenie płuc albo oskrzeli (12 razy), jako też nieżyt i zapalenie jelit (10 razy). W końcu wylicza K. przypadki wodogłowia i krzywicy jako choroby następowe kiły wrodzonej; znalazł: krzywicę w 24 przypadkach, wodogłowie w 15 tu; obie choroby w 7 przypadkach. (*Arch. f. Kinderheilkuude*, tom IX, zeszyt 2).

Dr. Baschkopf.

Medycyna sądowa.

† Dr. John A. Cones opisuje jedyny dotychczas przypadek obfitego pocenia się pośmiertnego. Choremu, 42 lat liczącemu, który cierpiał na białkomocz połączony z hematuryą, wstrzyknięto na 3 dni przed śmiercią 4 razy chlorek pilokarpiny (we wzrastających dawkach aż do 0·02). W ciągu ostatnich 48 godzin chory ciągle się pocił. Po śmierci ciało obmyto i zupełnie suche położono na stole. Po 16 godzinach znaleziono jednak wszystkie prześcieradła i poduszki, na których leżał trup, przesiąkniętemi potem; skóra ciała również była mokrą i lepką. Zjawisko to tłumaczy autor przeważnie w ten sposób, że pod wpływem pilokarpiny gruczoły potowe i otaczające je przestrzenie limfatyczne przepełniły się cieczą, która wskutek stężenia pośmiertnego została mechanicznie wypchniętą na zewnątrz. W końcu zwraca autor uwagę na sądowo-lekarskie znaczenie tego przypadku, a mianowicie, że pocenie się nie może być dowodem pozornej i nie przemawia przeciw rzeczywistej śmierci. (*The Lancet*, 25 maja.)

Toksykologija.

Winternitz: **Badania ilościowe nad wsysaniem i wydzielaniem rtęci.**

Za pomocą bardzo czułego sposobu podanego przez prof. Hofmeistra badał W. ilość wydzielonej rtęci przy wcieraniach, wstrzykiwaniach kalomelowych, wewnętrznem i miejscowem używaniu sublimatu. Na podstawie tych doświadczeń jakoteż badań dla oznaczenia ilości rtęci, która z maści się ulotniła, twierdzi autor, że ilość rtęci, moczem wydzielonej, jest największa przy wstrzykiwaniach kalomelu i wewnętrznem używaniu, mniejszą przy wcieraniach, a najmniejszą, prawie żadną przy miejscowem stosowaniu sublimatu, wreszcie, że pochłanianie rtęci przy wcieraniach przynajmniej częściowo odbywa się w postaci lotnej, wskutek ulotnienia się z maści. (*Wien. med. Woch.*, 1888, Nr. 44). *Dr. Baschhopf*

Notatki lecznicze.

(Dr. Bf.). Używanie **balsamu kopaiwowego jako środka opatrunkowego** przy ranach źle granulujących poleca gorąco Beach; macza on gazę w balsamie, wyciska mocno i uzyskuje takim opatrunkiem zdrową ziarninę. Kwas kopaiwowy, którego doświadczał w mniemaniu, że on jest skutecznym składnikiem balsamu, dawał wyniki ujemne (*Boston med. and surg. Journ.* 1889).

(Dr. Bf.). W pracy z kliniki Erba o **moczopędnem działaniu kalomelu** dochodzi Heuck do następujących wniosków: Kalomel można polecić także w puchlinie nerkowej najczęściej dla doświadczenia. Polyuryja występuje bezpośrednio 3—4-go dnia i trwa do 5—6-go dnia; poprzedza ją dwudniowe pomniejszenie ilości moczu. Gdy *maximum* zostało osiągnięte, wtedy dalsze dawki kalomelu nie powiększają więcej dyjurezy. Ciężar gatunkowy i zawartość białka w moczu zmniejszają się przy dyjurezie, nie spostrzega się wpływu na serce. Z objawów zatrucia rtęciowego spostrzega się tylko biegunkę; zapaleniu jamy ustnej można zapobiedz za pomocą chloranu potasowego; ślinotok nie występuje. Jako dawkę poleca się 3 razy dziennie 0·2, w każdym razie, nie więcej, niż 4·0 w całości, obok tego chloran potasowy do płukania ust, a przy wystąpieniu silnej biegunki nastój makowca.

(Dr. Bf.). **Viburnum prunifolium w fałszywych bólach porodowych.** L. Hinton (*Therap. Gaz.* 1889, Nr. 6) używał podczas 33-letniej swej praktyki *tinctura Viburni prunifolii* zawsze z dobrym skutkiem dla zwalczenia fałszywych bólów porodowych; nastój przygotowywuje sobie sam z zielonego korzenia. Także podczas porodu podaje go; pierwsze bóle nie zmieniają się co do nasilenia. Nigdy nie było po użyciu tego środka krwotoków ani znaczniejszych bólów poporodowych.

(Dr. Bf.). **Do leczenia cuchnących potów nóg** poleca Sprinz (*Ther. Monatschr.*, 1889) kwas borowy w następującej postaci: zwilża się podeszwę pończoch w nocy 3% kwasem borowym i pozostawia się przez noc do wysuszenia. Przez zmianę 3 razy w tygodniu tak przygotowanych pończoch można wyleczyć nawet uporczywe przypadki.

(Dr. Bf.). **Leczenie świądu sromu** według Goodela (*L'Union med.*): Rp. *Acid. carbol.* 4·0, *Morphin. sulf.* 0·6, *Ac. borici* 8·0, *Vaselin.* 60·0 *S.* Kilka razy dziennie posmarować; przed każdem zastosowaniem obmycie ciepłą wodą.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 13-te z dnia 16 października 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 23.

1) Przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia zmarłemu niedawno koledze Drowi Aleksandrowi Rybczyńskiemu. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Rosenzweig miał zapowiedziany wykład „o sacharynie jako leku i przyprawie“ i przedstawił wyniki doświadczeń w tej mierze wspólnie z prof. Jaworskim przedsiębranych (rzecz ta umieszczoną była w *Przeglądzie Lekarskim.*

W dyskusyi zabierali głos koledzy Gluziński, Jaworski i przewodniczący.

3) Kol. Krokiewicz okazuje preparat anatomiczny trzew osoby, zmarłej w szpitalu św. Łazarza w oddziale kol. Paszkowskiego, który u osoby tej rozpoznał za życia tętniak tętnicy płucnej, co też sekcyja w zupełności potwierdziła.

Kol. Paszkowski objaśnił przebieg choroby i opowiedział szczegółowo objawy za życia spostrzegane.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

V. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

Gdy zastanowimy się teraz nad drogami, jakiemi tegoroczna cholera przedostała się do arabistańskiego Iraku, i nad jej szybkim postępem ku północy, uderzą nas dwa stosownie do teoryj prawie zgodne z sobą przypuszczenia. Podług źródeł urzędowych cholera miała tu się przedostać z Bengalu, za pośrednictwem parostatków angielskich lub okrętów żaglowych, dążących od Bombaju lub Kuraczy przez zatokę perską i Szat-el-arab do Bassory. Ztąd za pośrednictwem parostatków rzecznych i łodzi żaglowych zaraza przedostała się do Bagdadu, Szatry i Nessyeh, te dwa ostatnie punkta położone są nad Eufratem. Przypuszczenie prawdopodobne. Szkoda tylko, że urząd sanitarny w Bassorze nie zanotował ani nazwiska, ani pochodzenia inkryminowanych okrętów. Bo ta to właśnie okoliczność odjęła możność zadecydowania o indyjskiem pochodzeniu zarazy. Co więcej, cholera 1 sierpnia wybuchła najprzód w Szatra, a dopiero 7 t. m. została stwier-

dzoną w Bassorze przez rozpoznanie jéj u jednéj kobiety przybyłéj przed kilku dniami z Tile, miejscowości położonéj w pobliżu Mohamera, zatem nad granicą perską. Fakt ten daje dość stałą podstawę, pozwalającą przypuszczać możebność powstania zarazy, wskutek przyczyn czysto miejscowych. W istocie z zacytowanych wyżéj dat wybuchów cholery w téj prowincyi i z uwzględnienia tak warunków klimatycznych Mezopotamii, jako też i danych ogólno zdrowotnych, uznanych za najgorsze tak w osadach arabskich, jak i pośród plemion koczujących, można się zgodzić na zdanie uważania tegorocznéj cholery za powstałą na miejscu Możemy wreszcie poprzeć to przypuszczenie i spostrzeżeniami takich badaczy jak proff. Brieger, Bauman, Grancher, Richard itd., którzy udowodnili żywotność chorobotwórczego zarazka, ustalanie się jego w warstwach gleby i drogi, jakiemi przedostaje się do ustroju. Nie będzie więc dalekiém od etyjologicznéj prawdy, jeżeli pozwolimy sobie uważać glebę pewnych okolic arabistańskich, ich wody i otoczenie, za źródła sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych. Gleba ta bowiem jest nasiękłą temw szystkiém, co podlega procesowi rozkładu gnilnego. Wody okoliczne są mętne i zanieczyszczone, jakkolwiek doprowadzone od większych zbiorników, lecz tylko za pośrednictwem sieci płytkich rowów, często zasypywanych piaskiem pustyni. Wreszcie i obszerne bagna, w jakie obfituje miejscowość, zdają się także nie pozostawać bez wpływu na wytwarzanie się ognisk zakaźnych.

Jeżeli więc pierwiastek wywołujący cholerę został uznany za posiadający własność zaduchowo zakaźną i długotrwałą energię życiową, można więc przypuścić, że i na glebie arabistańskiego Iraku mógł on przetrwać jakiś okres czasu, i doczekać się chwili, gdy przybysz indyjski, wznowiwszy niejako siłę jego miejscowego bytu, stał się też bodźcem ku rozbudzeniu jego złośliwéj działalności. Jednakże i pomimo całéj poważnéj podstawy, na jakiéj opiera się dziś kwestyja powstawania chorób zakaźnych, powyżéj zacytowane porównanie wcale nie rozwiązuje zapytanie: czy tegoroczną cholerę w Iraku należy uważać za zawleczoną z Indyj, czy też wybuchłą z danych etyologicznych charakteru miejscowego. Obie te drogi uważając za prawdopodobne przypatrzmy się teraz samemu postępowi zarazy.

Już od początków lipca b. r. zauważano w Szatra i Nessyeh niezwykłą śmiertelność. Przypisywano ją jednak tak tu często panującym czerwonkom, groźnym zimnicom z dominującemi przypadami duru (*typho-malaria*). Gdy jednak w tak lichych osadach przypadki zejść stawały się częstszemi, a czas trwania cierpienia nie bywał dłuższy od 1 do 4 dni, wtedy lekarz sanitarny Dr. Gazala, wysłany z Hylleh, zadecydował, że choroba grasująca w dwóch tych punktach, jest to cholera azyjatycka. Wiadomość podobna wywołała konieczne zastósowanie środków ostrożności najbardziéj energicznych. Ustawionym więc został łańcuch straży sanitarnych i Dr. Gazala kazał spalić siedmset bud zakażonych! Zwrócono się i do władzy wojskowéj. Ta jednak nierozporządzając odpowiedniemi siłami i w porozumieniu z naczelnikiem powiatu, dbała o zabezpieczenie bardziéj zaludnionych punktów, wymówiła się od wysłania lekarzy do miejsc zakażonych. Powtórzyło się więc teraz toż samo, z czem mieliśmy do walczenia w latach uprzednich, tak, że tylko rodak nasz Dr. Lubicz i Dr. Gazala z całą dzielnością pracowali pośród dziesiątkowanej ludności. Pomimo wszakże niezmordowanych usiłowań zarazy nie dało się umiejscowić. Przeskakiwała ona po prostu po za ustalone łańcuchy; i wkrótce też przy niepodobieństwie zupełnego powstrzymania żeglugi łodziami na Eufracie i ruchu karawan, widzimy cholerę w Musseibie i w Kurna, pomijając już inne drobniejsze osady. Śmiertelność spowodowana w okresie czasu od końca lipca do połowy sierpnia doszła w tych miejscowościach do 1072 osób.

Gorzéj jeszcze działo się w Bassorze. Tutaj bowiem, podobnie jak w Szatra, zaraza nie została na czasie rozpoznaną, ale nawet i dzień jéj wybuchu przypuszczalnie tylko został oznaczony. Zaraza też w pierwszym tygodniu sierpnia zabrała 180 osób; rozwlekła się do okolicznych osad arabskich ustalonych w lasach palmy daktylowéj; nieoszczędziła nawet urzędu sanitarnego i wreszcie ustaliła się w jednéj z najbardziéj ludnych części miasta, przerzniętéj brudnemi kanałami i zamieszkałéj przez ubogich Arabów, sąsiadujących z niechlujnemi jak zawsze i wszędzie Persami. Do końca września zaraza grasowała tu z całą swą energiją. I dopiero z chwilą przybycia tu gubernatora Hydaeta-baszy i udzielenia istotnych pomocy sanitarnych, przypadki nieszczęśliwych zejść stawały się rzadszemi i zaraza nie ustępując zupełnie, złagodniała jednak znacznie, tak że w początkach października zanotowano tam tylko dwa przypadki zejść i to z liczby dawniéj zapadłych. Jaka jednak była liczba ofiar? nad tem się nie zastanawiam, przechodząc do wskazania dróg, jakiemi zaraza przedostała się ku północy.

Powód nierozpoznania zarazy w Bassora, od pierwszéj chwili jéj tu ukazania się, tłumaczy nam, dla czego w ciągu trzech tygodni prawie kommunikacyje między tym punktem i Bagdadem trwały bez przerwy i regularnym trybem. Głębokość Szat-el-araby pozwala na zawijanie do Bassory największych okrętów. Od Bassory jednak w górę Tygru kursują tylko parostatki rzeczne, cztery z towarzystwa Lyntch i dwa z towarzystwa żeglugi otomańskiéj. One to zwykły przystawać do okrętów przybywających z Indyj, którym oddają towar wywozowy, zabierając do dalszego transportu podróżnych i towary wwozu. Parostatkiem i w górę rzeki przestrzeń z Bassory do Bagdadu przebywa się w ciągu dni trzech. Z powrotem i wskutek bardzo niestałego dna rzeki podróż zwykła trwać dłużéj. Niemniéj zaś potrzeba 17—20 dni na przybycie téj przestrzeni konno. Ten jednak ostatni sposób utrzymywania stosunków jednego punktu z drugim ustał z chwilą otwarcia żeglugi parostatkami na Tygrze, tak że ruch karawanowy odbywa się na krótkich przestrzeniach, a kommunikacyja za ich pośrednictwem między głównemi punktami prowincyi wcale nie egzystuje. Nie podobna więc wątpić, że cholera wybuchła w Bassora przedostała się do Bagdadu za pośrednictwem przewozowych parostatków, które dotykając przybrzeżnych punktów rozsiały zarazę w licznych miejscowościach porzecza Tygru. W ten to sposób została zakażoną Amara i Kuth i zaraza rozwlekła się też i na porzecze Szat-el-Hay. Dostawszy się zaś do Bagdadu i znalazłszy tam odpowiednią dla swego rozwoju glebę rozwielmożniła się z całą siłą. Dzień też 14 sierpnia pozostanie pamiętną datą tegorocznego wybuchu cholery w stolicy prowincyi. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

* Organ rządowy najwyższéj Rady zdrowia we Wiedniu podaje ciekawą statystykę osób lekarskich w zachodniéj połowie monarchii; wynika z niéj, że aż do r. 1879 liczba osób lekarskich ciągle się wzmagała we wszystkich krajach koronnych, pomimo że się od roku 1848 liczba chirurgów ciągle zmniejszała; od lat 10 zaś liczba ostatnich znacznie się zmniejszyła, a liczba osób lekarskich nie znacznie tylko się powiększyła. I tak w r. 1879 było w zachodniéj połowie monarchii 4682 doktorów, a w r. 1889 5261, a więc o 579 więcéj; zato obecnie jest tylko 1825 chirurgów, więc o 1079 mniéj, czyli niedobór osób lekarskich wynosi 500, a jednak liczba mieszkańców znacznie się powiększyła. W poszczególnych krajach atoli rzecz przedstawia się inaczéj. Niedobór odnosi się do wszystkich krajów koronnych z wyjątkiem dwóch, które przedstawiają zwyżkę, a temi są: Austryja dolna (z Wiedniem) + 125 i Galicyja + 20, podczas gdy największy niedobór okazuje się w Czechach (—178), w Styryi (—110), w Austryi górnéj (—94), w Tyrolu (—73) i w Morawii (—47). Prawda, że inaczej przedstawia się rzecz, jeżeli się uwzględni stosunek lekarzy do cyfry ludności. Pod tym względem najgorszy stosunek zachodzi na Bukowinie, gdzie 1 lekarz przypada na 10967 mieszkańców, daléj w Krainie (1:10413), a następnie w Galicyi (1:10324), podczas gdy w Austryi dolnéj stósunek jest najlepszy (1:1576 m.). Zapewne, że Galicyja pod tym względem przedstawia stosunek bardzo niekorzystny, ale jakaż na to rada? Statystyczne stwierdzanie cyfry niekorzystnéj wystarcza na dowód, że u nas jest znacznie gorzéj, aniżeli gdzieindziéj; ale czy tem samem podany jest i środek zaradczy, jakim ma być postaranie się o kształcenie większéj liczby lekarzy? Czy istnieje pewność, albo nawet tylko prawdopodobień-

stwo, że z wykształceniem większéj liczby lekarzy złe stanowczo zostanie usuniętem. Bynajmniéj. Zadowoli się przeto tylko statystyków, przy stole zielonym cyframi manewrujących. Bo przypuśćmy, że skutkiem zwiększonéj liczby lekarzy za lat kilka w Galicyi stosunek zmieniłby się o tyle, że 1 lekarz przypadałby nie na 10.000, lecz na 5000 lub 3000 mieszkańców, czy ztąd wyniknie rzeczywista korzyść dla ludu wiejskiego, pozbawionego opieki lekarskiéj? Lekarze nie przestaną garnąć się do miast, zwłaszcza większych, bo przecież niepodobna żądać od lekarza, aby po tylu latach pracy mozolnéj osiadł na wsi, gdzie ani mieszkania, ani utrzymania nie znajdzie, a pozbawiony towarzystwa, narażony będzie na upadek moralny. Powstanie więc poletaryjat lekarski w miastach, a lud wiejski tak samo pozbawiony będzie pomocy lekarskiéj, jak dotychczas. Zkąd bowiem pochodzi owa świetna cyfra w Austryi dolnéj? O niéj stanowi Wiedeń; zkąd również korzystna cyfra w Tryjeście i jego obwodzie? O niéj stanowi wielkie miasto portowe i stosunkowo mały obwód. Na cóż lekarz młody ma narazić się na męczeństwo na wsi, skoro każdéj chwili może wstąpić do wojska, gdzie w przeciągu roku zostaje lekarzem pułkowym i ma zaszczytne i dobre stanowisko. Dopóki państwo czy krajnie postarają się o to, aby lekarz poświęciwszy się praktyce na wsi miał należyte pomieszczenie i utrzymanie, dopóty o usunięciu złego mowy nie będzie. A czy może ma to być dla młodych lekarzy zachętą do osiadania na wsi, że rząd wprawdzie domaga się zaprowadzenia ustawy dla lekarzy gminnych, ale wszystkie koszta zwala na kraj, a ustawa ta nie przychodzi wcale na porządek dzienny i zostałaby odrzuconą z pewnością, gdyby była umieszczoną na porządku dziennym, z powodu całkiem naturalnego, że wielka bieda w kraju panująca nie pozwala na nowe wydatki. A statystycy żądają, żeby z tą biedą jednostki lekarskie się łamały, żeby one robiły ze siebie poświęcenie! Czego ani rząd uskutecznić nie może, a reprezentacyja kraju odsuwa od siebie z powodu faktycznéj niemożności, na to zdobyć się mają jednostki, od których społeczeństwo i tak przyzwyczaiło się żądać bardzo wiele, nierównie więcej, aniżeli od każdego innego stanu i zawodu wymaga. Wskazują nam pp. statystycy świetne stosunki w Anglii i Ameryce północnéj; ale zapominają przeprowadzić porównanie między dobrobytem tych krajów a niezwykłą biedą galicyjską. Dobrobytu nam potrzeba, a lekarze znajdą się. Niechaj nasz wieśniak będzie w możności opłacenia lekarza, wtedy gminy postarają się o niego, o pomieszczenie odpowiednie i utrzymanie dla niego — albo niechaj państwo i kraj będą w stanie wyposażenia należytego lekarzy gminnych i zapewnienia im opatrzenia na starość, to wielu lekarzy chętnie porzuci miasto, gdzie walka o byt coraz staje się cięższą, a pospieszy tam, gdzie byt ich skromny będzie zabezpieczony. Innego wyjścia nie ma, wszystko inne pozostanie mrzonką, pozostanie cyfrą statystyczną na papierze.

R. Stern: **O wpływie wentylacyi na drobnoustroje bujające w powietrzu.**

Nie mogąc opisywać sposobu badania, podjętego przez autora, a mającego na celu wykluczenie możliwych pomyłek, podajemy jedynie rezultaty jego dokładnych badań. Cząstki pyłu, zawierające prątki, względnie zarodniki, osiadają w spokoju na podłodze; po upływie jednéj lub 2 godzin nie zawiera powietrze wśród tych warunków wcale prątków, ani zarodników. Jeżeli się w tym czasie zmyje podłogę i sprzęty płynem przeciwprątkowym, można pokój uważać za odrażony. Wentylacyja, która powietrze w pokoju odnawia 4-kroć w przeciągu godziny, nie wpływa wybitnie na usunięcie prątków, względnie zarodników z powietrza. Dopiero silny przeciąg zdoła usunąć zarodniki z pokoju, jeżeli sprowadza przynajmniéj 7-krotną odnowę powietrza. Doświadczenia autora podjęte celem szybkiego wyjałowienia powietrza przez wywiązywanie pary wodnéj, któraby mechanicznie sprowadzała zarodniki na podłogę, nie odniosły rezultatu, dla tego też zdaniem S. użycie spraju nie jest odpowiedniem. Nawet silny przeciąg nie zdoła usunąć zarodników przyczepionych do podłogi lub sprzętów i ubrań. To też samo wietrzenie ubrań, pościeli i dywanów jest bezskutecznem, jeżeli się tych przedmiotów równocześnie nie trzepie lub nie omiata, zabiegi te jednak mogą w razie obecności przyrzutów chorobowych sprowadzać niebezpieczeństwo dla służby temi czynnościami zajętéj. (*Zeitschrift f. Hygiene* 1889, tom VII). *Schaitter.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 listopada. Na ostatniem posiedzeniu swem Wydział lekarski wybrał prof. Cybulskiego członkiem komitetu biblijotecznego, poparł jednogłośnie podanie profesora Rydla do Ministerstwa o systemizowanie posady 2-go asystenta przy klinice chorób ocznych, i Dr. Maks. Cerchy o przedłużenie asystentury przy klinice położniczéj na dalsze 2 lata, wreszcie uchwalił prosić ponownie Wys. Ministerstwa o systemizowanie katedry higijeny i urządzenie zakładu odpowiedniego przy Uniw. Jagiellońskim.

* Projekt ustawy dla lekarzy gminnych, przedłożony przez Rząd, a który umieściliśmy w całości, nie przyszedł tym razem wcale na porządek dzienny w Sejmie; tem samem i wniosek mniejszości komisyi sanitarnéj, uczyniony przez rektora Dr. Korczyńskiego, prof. Czyżewicza i posła Dr. Ołpińskiego, a razem i z tym wnioskiem dalszy wniosek o uchwalenie potrzeby urządzenia zakładu higijenicznego w Uniw. Jagiellońskim chyba dopiero w roku przyszłym przyjdą pod obrady Sejmu.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyja zechce może w następnym numerze swego czasopisma umieścić następującą wiadomość:

Otrzymaną od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nagrodę imienia Tytusa Chałubińskiego w kwocie rs. 240, czyli 295 złr. uzupełniam do sumy 350 złr. i przeznaczam na stypendyjum w kwocie 50 złr. miesięcznie dla młodego lekarza, któryby zechciał pracować przy klinice chirurgicznéj krakowskiéj od 1 stycznia do ostatniego lipca (końca roku szkolnego) 1890 r.

Zgłoszenia przyjmuję do 20 grudnia r. b.

Warunek. Dokładna znajomość anatomii patologicznéj i biegłość w badaniu histologicznem. Dla tego też asystenci lub dawniejsi asystenci zakładów anatomii patologicznéj otrzymają pierwszeństwo. Dyplom austryjacki wcale nie potrzebny.

Z prawdziwem poważaniem: *prof. Rydygier.*

* Kol. prof. Jaworski otrzymawszy od Wys. Ministerstwa urlop dla poratowania zdrowia, wyjechał do Arco, a w miesiącu styczniu bawić będzie w Mentonie. Pospieszamy z tem doniesieniem ze względu na rodaków naszych, bawiących w tychże miejscowościach, a którym zapewne miło będzie dowiedzieć się, że w razie potrzeby mogą używać rady i opieki znakomitego specyjalisty rodaka.

* Otrzymaliśmy okólnik c. k. starostwa rzeszowskiego, wystosowany do wszystkich zwierzchności gminnych i pp. przełożonych obszarów dworskich w sprawie szerzenia się płonicy w obrębie tego starostwa. Okólnik ten, ułożony zapewne przez zabiegliwego fizyka powiatu rzeszowskiego, ma na celu pouczenie ludu prostego o istocie i objawach szkarlatyny i o środkach, jakich przestrzegać należy, celem zapobiegania téj morderczéj chorobie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Asystent pierwszy prof. Bergmanna Dr. Bramann powołany został jako nadzw. profesor chirurgii do Gryfii, lecz wezwania nie przyjął.—**Wiedeń.** Radzcy nadworni i proff. Gustaw Braun, Meynert i Widerhofer mianowani zostali członkami Najwyższéj Rady zdrowia. **Berlin.** Prosektor Dr. Jan Virchow (syn Rudolfa) mianowany został profesorem nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Osiedli: Dr. Walenty Kretowicz w Gorlicach, Dr. Emilijan Lebedowicz w Kołomyi, Dr. Onufry Jakliński w Kozłowie jako lekarz miejski. Dr. Zygmunt Feuerstein osiadł w Sołotwinie (pow. Bohorodczański) jako lekarz dworski, a Dr. Jakób Dubs przeniósł się z Kut do Czerniowic. — Stopień doktora w nauk. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Aleksander Dulęba, rodem z Kleczanowa w Król. Polskiem. — Starszym lekarzem warmii czynnéj mianowany Dr. Bazyli Kuryłowicz; zastępcą asystenta Dr. Maryjan Szajnowski; prow. lekarzem korwety Dr. Eugieni Ciastoń.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł Dr. Edward Quiquerez, prosektor szpitala na Wiedeniu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 47: Jakowskiego: Niezwykły przypadek przewlekłéj nosacizny u człowieka (c. d.); Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnéj przy chor. narządów płciowych kob.; Sędziaka: Intubacyja krtani (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 47: Heimana: Uderzenie w twarz; śmierć po 8 dniach. — W *Kronice Lek.* Nr. 11: Kryńskiego: O przyczynach ostrych zapaleń ropnych (dok.). — W *Przewodniku higijen.* Nr. 8: Jordana:

O wpływie higijeny na zdrowie, życie i pracę człowieka.— W *Wiadom. Lek.* Nr. 16: Piska: O nerwowéj niemocy serca (dok.); Germaina Sée: Terapija chorób serca (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. F. OBTUŁOWICZ: Verschieden. Abhandlungen (Virchowa *Archiv* 118 t., 1889) in 8-vo, str. 8. — Tenże: Medycyna na wystawie powszechnéj paryskiéj. (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1889) in 8-vo, str. 14.— Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1886 i 1887. Lwów 1889, in 4-to, str. 66 i LXXIX.— Dr. WAGNER (w Petersburgu): K woprosu o koliennom refleksie w myszecznoi silie u lichoradiaszczych. (Odbitka z *Wracza* 1889) in 8-vo str. 38 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 4 grudnia o godzinie 6-téj wieczór w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne swe posiedzenie, na którem kol. prof. Pieniążek przedstawi i omawiać będzie przypadek twardziela krtani (*Skleroma laryngis*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 926. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 13 listopada 1889 L. 49.057 wydanego wskutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 4 listopada 1889, rozpisuje się konkurs na posadę prymaryjusza oddziału kiłowo-skórnych dla kobiet przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady téj stałéj przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr., tudzież prawo do trzech dodatków pięcio-letnich po 200 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób syfilistycznych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy **do 24 grudnia 1889** na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Lwów, dnia 26 listopada 1889 r. 118—4—1

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 7 Grudnia 1889. Nr. 49.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

2. Wszyscy, nawet najzaciętsi przeciwnicy irydektomii przyznają, że ona ułatwia dokładne oczyszczenie źrenicy ze szczątków zaćmy, ważne w ogólności z wielu powodów, a tem ważniejsze w razie zaniechania irydektomii jeszcze i z tego względu, że pozostałe w oku szczątki, pęczniejąc następnie, łatwo sprowadzają pęknięcie ranki i nieuniknione prawie w takim razie opadnięcie tęczówki. Że nadto skutkiem trudniejszego oczyszczenia źrenicy wytwarza się w razie zaniechania irydektomii nierównie częściéj gruba zaćma wtórorzędna, wymagająca późniéj drugiéj operacyi, stwierdziło doświadczenie nawet przeciwników irydektomii [1])

3. Ale najważniejszą korzyścią irydektomii jest, że wprawdzie nie bezwzględnie, ale przecież w wysokim stopniu od opadnięcia tęczówki zabezpiecza. Knapp (l. c.) i Wecker (*Klin. Monatsbl.*, paźdz. 1889) przyznają wyraźnie, że przyczepiny tylne i opadnięcie tęczówki wydarzają się w razie zaniechania irydektomii częściéj, a Meyer zapewnia i z naciskiem podnosi, że od czasu, jak w Paryżu zaczęto prawie wyłącznie operować bez irydektomii, zwiększyła się znacznie ilość przypadków, w których skutkiem wrośnięcia tęczówki przychodzi późniéj do groźnych, dla oka niebezpiecznych następstw. Jeżeli zaś Gayet (l. c.), przyznając również irydektomii własność, o któréj mowa, stara się nas uspokoić, że opadnięcie tęczówki, nazwane przez Critchetta „*la bête noire*“, „*n'est peut être pas aussi noir qu'on l'a dit*“, to sprzeciwia się to poprostu codziennemu niemal doświadczeniu i nie wielu zapewne okulistów podpisałoby to zdanie.

[1]) Sattler. *Bericht über die XIX Versammlung der ophthalm. Gesellschaft in Heidelberg*, 1887. Abadie. Sprawozdanie ze zgromadzenia okulistów francuskich. *Annales d'Oculistique, Mars, April, Mai* 1888.

4. Chorym operowanym bez irydektomii nie możemy dozwolić takiéj swobody w zachowaniu się po operacyi, jak gdyśmy wykonali irydektomiję, bo wszelkie otwarcie się ranki, z początku słabo sklejonéj, grozi opadnięciem tęczówki. Zgadzają się na to wszyscy zwolennicy operacyi bez irydektomii i uskuteczniają ją z tego powodu tylko u chorych, na których spokojne zachowanie się liczyć mogą. Że jednak w téj mierze srogiego doznać można zawodu, dowodzi przypadek następujący. W dniu 4 stycznia b. r. wykonałem u 63-letniego wieśniaka Tomany wydobycie zaćmy bez irydektomii. Chory zachował się podczas operacyi wzorowo i uprawniał w zupełności do przypuszczenia, że i po niéj będzie cierpliwym. Przebieg całéj operacyi był prawdziwie idealny, po jéj ukończeniu źrenica miała postać zupełnie okrągłą, a tęczówka nie okazywała najmniejszéj skłonności do opadnięcia, lub tylko wciągnięcia w rankę. Mimo to zapuściłem dla większéj pewności kilka kropli ezeryny. Wbrew wszelkiemu oczekiwaniu chory był w nocy niespokojny, nie dopuścił się jednak żadnego znaczniejszego wybryku. Nazajutrz przy wizycie porannéj znaleziono wzdłuż całéj ranki kiełbaskowate opadnięcie tęczówki, którą, gdy się mimo energicznego zapuszczania ezeryny, opaski obuocznéj i trzymania chorego w łóżku w następnych dniach mocniéj jeszcze wydęła, odpalić musiałem galwanokauterem. Ranka zabliźniła się ostatecznie płasko, chory odzyskał $\sqrt{6/_{24}}$, ale spędzić musiał w klinice 45 dni, a więc z górą dwa razy więcéj czasu, aniżeli wynosił średni pobyt operowanych na kataraktę, a co gorsza, że wobec wrośnięcia tęczówki w rankę nie można być zupełnie spokojnym o dalsze i ostateczne losy tego, a nawet drugiego oka.

5. Niezborność rogówkowa bywa większą po operacyi bez irydektomii.

Mimo tych wszystkich niezaprzeczonych korzyści irydektomii wykazuje doświadczenie, że w znacznéj większości przypadków obejść się bez niéj można bez żadnéj dla chorego szkody i osiągnąć dość często wynik idealny, o jakim

wyżéj wspomniałem, ale nawet wybierając najstaranniéj przypadki odpowiednie, bardzo znaczną ich liczbę narazimy przez zaniechanie irydektomii na ciężkie i groźne następstwa dla oka operowanego, a niekiedy nawet i dla drugiego.

Rzecz tę sformułował Gayet w swoim referacie na ostatnim międzynarodowym kongresie okulistycznym w Heidelbergu r. 1888 jak następuje. Trzy czwarte wszystkich operacyj bez irydektomii, mówi on, przebiega zupełnie pomyślnie i w tych wycięcie kawałka tęczówki byłoby przynajmniéj niepotrzebnem, w jednéj czwartéj przebieg pozostawia do życzenia, albo wikła się z przypadłościami, które nam każą żałować, żeśmy irydektomii nie wykonali. Ale Gayet zapytuje następnie, czy korzyść, jaką odnieść mogą ci ostatni z irydektomii, można uważać jako słuszne wynagrodzenie (*légitime compensation*) za niepotrzebne wycięcie tęczówki u owych trzech czwartych i orzeka ostatecznie, iż nie sądzi, żeby racyjonalnem było poświęcać znaczną większość mniejszości. Otóż z tem ostatniem zdaniem zgodzić się nie mogę. Powyżéj wykazałem, że utrzymanie źrenicy okrągłéj nie przynosi operowanemu nawet w idealnie pomyślnych, bądź co bądź niezbyt częstych przypadkach pewnéj i istotnéj korzyści, a wycięcie kawałka tęczówki żadnéj, lub przynajmniéj wyraźnéj szkody, że owszem przyczynia się do większéj pewności pomyślnego wyniku i zapobiega w znacznym stopniu licznym niebezpieczeństwom nie tylko dla oka operowanego, ale nawet i dla oka drugiego. Wobec tego mam, jak sądzę, wszelkie prawo odwrócić pytanie Gayeta i zapytać, czy utrzymanie źrenicy okrągłéj, z jéj bądź co bądź wątpliwemi korzyściami optycznemi, a nawet kosmetycznemi u 75% operowanych, można uważać jako słuszne wynagrodzenie za ciężkie niebezpieczeństwa, na jakie narażamy 25% operowanych, u których, mówiąc słowami Gayeta „przebieg pozostawia do życzenia, albo wikła się z przypadłościami, które nam każą żałować, żeśmy irydektomii nie wykonali.“ Mojem zdaniem i według mojego sumienia postępowanie takie jest niesłusznem i niesprawiedliwem majoryzowaniem ciężko pokrzywdzonéj mniejszości dla wątpliwéj, a w najlepszym razie nieznacznéj korzyści uprzywilejowanéj i protegowanéj większości. Z ekstrakcyją katarakty bez irydektomii rzecz ma się podobnie jak z jéj wydobyciem z całą torebką. Oba sposoby są ideałem, do którego urzeczywistnienia nasza technika operacyjna dążyć winna. Ale tak jak wydobycie z całą torebką nie zdołało się dotąd upowszechnić i nie upowszechni dopóty, dopóki nie znajdziemy sposobu unikania tak częstego wypływu ciałka szklanego, tak samo i wydobycie bez irydektomii nie zapanuje jako główny sposób operowania dopóty, dopóki nie poznamy środków i sposobów, za pomocą których moglibyśmy ułatwić dokładne oczyszczenie źrenicy i zmniejszyć znacznie niebezpieczeństwo opadnięcia i wrośnięcia tęczówki w rankę.

Prócz téj głównéj i zasadniczéj różnicy, odnoszącéj się do irydektomii, różnią się teraźniejsi operatorowie tak dalece niemal we wszystkich innych ważnych szczegółach saméj operacyi, jako też całego postępowania przed nią i po niéj, że bez najmniejszéj przesady powiedzieć można, iż obecnie nie ma dwóch operatorów, którzyby zupełnie jednakowo operowali, a następnie jednakowo leczyli. Jest to powodem, że sprawozdanie z moich doświadczeń i wyników osięgniętych za pomocą cięcia płatowego obwodowego poprzedzić muszę podaniem tak szczegółów saméj operacyi, jako też przygowania do niéj i leczenia następowego.

Jak dawniéj (*Przegl. Lek.* 1878, Nr. 15 i następne), tak i obecnie operuję dopiero, gdy chory dzień lub dwa wypoczął w klinice po trudach podróży. Przez cały czas pobytu w klinice zmywa się rano i wieczór całą twarz chorego mydłem i wodą ciepłą, a wieczór w przeddzień operacyi roztworem sublimatu 1 na 5000. Watą Brunsa, przechowywaną w zamkniętéj puszce szklanéj, a maczaną w tym samym rozczynie zmywa się i naciera następnie bardzo dokładnie brwi i powieki, zwłaszcza ich brzegi i rzęsy, po ich odwinięciu zaś na obu oczach spłukuje się bardzo obficie i kilkakrotnie całą spojówkę. Zaraz potem pokrywa się powieki zamknięte oka, które ma być operowane, dość grubą warstwą waty, zmaczanéj w tym samym rozczynie i wypełnia zagłębienia watą suchą. Na to przychodzi stósownie przykrojony kawałek papieru Wolffberga, który ponacinany na brzegu w kierunku promieni i zamaczany w sublimacie oko szczelnie zamyka, a tak późniéj przysycha, że go bez odwilżenia tylko z trudnością kawałkami oderwać można. Opaska flanelowa Arlta, w kwasie karbolowym prana, uzupełnia opatrunek antyseptyczny, pod którym oko przez całą noc i nazajutrz aż do saméj operacyi pozostaje. Bezpośrednio przed operacyją myję raz jeszcze własnoręcznie całą okolicę ócz, powieki, ich brzegi, rzęsy i brwi bardzo starannie sublimatem i spłukuję nim bardzo obficie całą spojówkę, a zapuściwszy dwukrotnie po kilka kropli 5% rozczynu kokainy z 3% dodatkiem kwasu borowego przystępuję do operacyi i wykonywam ją wobec słuchaczów w sali wykładowéj na stołku Heidelbergskim, na którym chory leży, a następnie przewieziony zostaje leżący do pokoju przeznaczonego dla operowanych, gdzie go służba podnosi i do łóżka kładzie. Dodać muszę, że sublimatu używam dopiero od grudnia 1886 roku, podczas gdy dawniéj posługiwałem się 3% rozczynem kwasu borowego. Do czyszczenia narzędzi służył dawniéj wyskok bezwzględny. Od października 1888 leżą narzędzia ostre, obmyte naprzód wyskokiem bezwzględnym, w wanience porcelanowéj Hirschberga, 5 do 10 minut w 5%, potem zaś w 1% rozczynie kwasu karbolowego przez 1/4 do 1/2 godziny. Wprost z niego wyjęte i z nadmiaru płynu strzepnięte służą, bez obtarcia, do operacyi. Narzędzia tępe pozostają około 1/2 godziny w 5% rozczynie kw. karb., z którego przenosi się je przed samą operacyją do 1% rozczynu. Po zamknięciu drugiego oka watą Brunsa zmaczaną w sublimacie i papierem Wolffberga, ustaleniu głowy w przyrządzie do tego przeznaczonym, a powiek za pomocą rozwórki Kelley-Snowdena, ustalam gałkę oczną w sposób zwykły szczypczykami i prowadzę cięcie nożykiem Graefego dając mu pierwszeństwo przed nożykiem Beera, za którym niektórzy, między innymi Schweigger i Abadie, przemawiają. W miarę wielkości zaćmy i twardego jądra wbijam i wykłuwam nożyk na saméj granicy twardówki i rogówki, w linii oddzielającéj 1/3 górną od 2/3 dolnych, lub też 2/5 górne od 3/5 dolnych części téj ostatniéj, a sunąc nożyk po wykłuciu naprzód i wstecz skręcam jego ostrze ku górze zwrócone tyle ku przodowi, ile potrzeba, żeby środek cięcia przypadł na granicę rogówkowo-twardówkową, kończąc je zaś wycinam szybkiem podniesieniem trzonka, podanem przez Arlta, płat spojówkowy na 2 do 3 mm. szeroki wzdłuż całéj ranki. Przyznaję, że sam płat i broczenie z jego naczyń znacznie utrudnia dalsze części operacyi, wycinałem go jednak aż do lipca r. b. w tem przekonaniu, że rozpostarty i wygładzony po ukończeniu operacyi nad ranką osłania ją i chroni już w pierwszéj chwili od zakażenia, tembardziéj zaś po przygojeniu się, które już w parę godzin następuje. Od początku bieżącego

roku szkolnego wbijam i wykłuwam nożyk nieco bliżéj południka poziomego rogówki, a cięcie prowadzę tak, że jego środek przypada o 1 do 1·5 mm. na wewnątrz od rąbka spojówkowego w rogówce przeźroczystéj, przyczem nie wycinam oczywiście płata spojówkowego. Ten sposób prowadzenia cięcia, wolny zupełnie od broczenia, ułatwia znakomicie dalsze części operacyi — jak zaś wpłynie na przebieg sprawy gojenia i wynik ostateczny, przyszłość dopiero okaże. Po odwinięciu płata spojówkowego na rogówkę za pomocą waty zmaczanéj w roczczynie sublimatu i spłukaniu ranki tymże roczczynem za pomocą zwykłego wkraplacza wycinam mały kawałek tęczówki, a raczéj tylko jéj koła małego, które w tym celu wyciągam tępym haczykiem, jak to swojego czasu Wicherkiewicz czynić radził, gdy idzie o wykonanie małéj irydektomii optycznéj. Używając zamiast szczypczyków haczyka, a tnąc nożyczkami nie wzdłuż ranki, lecz prostopadle do niéj, otrzymuję tylko wązką, do brzegu rogówki zazwyczaj niedochodzącą szczelinę w tęczówce o brzegach zbieżnych ku obwodowi, która razem z źrenicą rodzimą ma postać przyrównaną przez Weckera tak trafnie do postaci bomby pękającéj. Ten mały ubytek tęczówki tak mało wpada w oko, że go nielekarz chyba po zdjęciu operowanemu okularów i podciągnięciu powieki górnéj dostrzeże, o zeszpeceniu nie może więc być mowy. Wycinanie szerokiego kawałka tęczówki aż do samego brzegu tak, że źrenica przedstawia postać dziurki od klucza, jakeśmy to operując sposobem Graefego ze względu na wielkie niebezpieczeństwo opadnięcia tęczówki czynić byli zmuszeni, jest przy wydobyciu płatowem nowoczesnem zupełnie zbytecznem. Mojem zdaniem idzie tylko o to, żeby przez wycięcie choćby małego kawałka żdziergacza źrenicy przerwać kurczliwą obrączkę, którą on tworzy tak, iżby tęczówka napierającéj na nią zaćmie na boki ustąpić i wstąpienie w rankę ułatwić mogła. Przez takie wycięcie tworzymy zarazem bezpośrednią komunikacyję między przodkową a tylną komórką oka. Ciecz wodna, znajdująca się w téj ostatniéj, może skutkiem tego odpłynąć swobodnie do komórki przodkowéj, bo na drodze swojéj ku rance nie napotyka tęczówki, któraby w razie zaniechania irydektomii przed sobą przeć musiała i w rankę łatwo wtłoczyć mogła. W ten sposób wycięcie nawet małego kawałka tęczówki wystarcza według tłumaczenia Fuchsa (*Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1889, str. 728), aby nas o ile możności od opadnięcia tęczówki nie tylko podczas operacyi, ale i po niéj (w razie otwarcia się ranki) zabezpieczyć. (C. d. n.)

II. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał

docent Dr. Rudolf Trzebicky.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przypomniawszy sobie po krótce wszystkie ważniejsze sposoby operowania, starajmy się odpowiedzieć na pytanie, który jest najlepszy i najodpowiedniejszy. Pytanie to dziś nie ma już może tak zasadniczego znaczenia jak dawniéj, gdyż przez zaprowadzenie antyseptyki, a zwłaszcza przez użycie jodoformu wyemancypowaliśmy się od całego rzędu powikłań, niweczących nasze wyniki, a wskutek tego rezultaty osiągnięte rozmaitemi metodami w przybliżeniu winny być sobie równe. Nic też dziwnego, że wycięcie guzów z następowem zeszyciem ubytków w błonie śluzowéj, dawniéj tak niebezpieczne, mogło znaleźć tak gorącego orędownika, jakim jest Esmarch; bo też zaprzeczyć trudno, że postępowanie to jako najbardziej eleganckie, najbardziéj przypaść musi do gustu każdego chirurga. Nam tu jednak nie o to chodzi, by podać postępowanie eleganckie, lecz o wyszukanie z pomiędzy chaosu metod sposobu najprostszego i najpewniejszego, uwalniającego pacyjenta od jego dolegliwości bez narażenia go na jakiekolwiek niebezpieczeństwo trwałe i bez sprowadzenia nań nowych powikłań i cierpień.

Niebezpieczeństwa połączone z każdą operacyją hemoroid polegają zarówno na możności krwotoku pooperacyjnego i komplikacyj przyrannych, jak i na powstaniu następowego zwężenia odbytnicy. Najgroźniejszym postrachem pozostaną jednak zawsze choroby przyranne, a zwłaszcza ropnica. Wprawdzie, jak już wspomniałem, dzięki postępowaniu przeciwgnilnemu zdołamy przy saméj operacyi z absolutną prawie pewnością uniknąć zakażenia rany. Ale nie na tem koniec. Rana w kiszce stolcowéj, w miejscu dla zakażenia chyba najdogodniejszem, wymaga zabezpieczenia jeszcze i przez dalszy czas leczenia, zwłaszcza zaś przez kilka dni pierwszych. A tu trudno chyba znaleźć lepszy opatrunek okluzyjny od strupa wywołanego termokauterem. Strup ten wywołany w miejscu od nas tylko zależnem, sięgający tak głęboko, jak my tego chcemy, przylegający ściśle do tkanek po pod nim położonych, odpadający zazwyczaj dopiero wtedy, gdy drobne ranki pokryte są drobną ziarniną, chroni na pewno przez pierwszy tydzień od infekcyi.

Operacyja termokauterem wykonana według L a n g e n b e c k a dostatecznie też chroni od krwotoków i następowych zwężeń. Z ostatniemi u naszych chorych ani razu się nie spotkałem, a krwotok następowy wydarzył się tylko u jednego chorego (Nr. 39). Ważnym także momentem w osądzeniu wartości poszczególnych metód jest kwestyja recydyw. Pod tym względem brak jednakże zupełny tabeli porównawczéj. O ile mogłem zasięgnąć wieści o naszych chorych, u 2-ch t y l k o p r z y s z ł o d o n a w r o t u c i e r p i e n i a.

Jako wielką zaletę operacyi L a n g e n b e c k a poczytać też należy, że nadaje się do wszystkich przypadków bez wyjątku, bez względu na to, czy guzy są małe, czy duże, czy tętnicze lub włosowate i żylne, czy usadowione na wązkiéj czy szerokiéj szypułce, czy też wreszcie mamy tylko przed sobą rozszerzenie żył wśród znacznie rozpulchnionéj błony śluzowéj bez wyraźnego wytworzenia guzów.

Wobec tych wyników, opartych na własnem doświadczeniu, ośmielam się uważać niszczenie guzów hemoroidalnych za pomocą termokauteru z a p o s t ę p o w a n i e n a j p e w n i e j s z e, a tem samem i n a j o d p o w i e d n i e j s z e, słusznie między wszystkiemi metodami prym wodzące. Ponieważ jednakże pewność wyników zależy po znacznéj części od skrupulatnego przestrzegania choćby najdrobniejszych szczegółów, przeto pozwolę sobie opisać dokładnie całe postępowanie tak, jak je widziałem wykonywane przez mego czcigodnego nauczyciela prof. M i k u l i c z a i jak je sam wykonywam.

W przededniu operacyi podajemy choremu środek przeczyszczający, najczęściéj olejek rącznikowy. W dniu zaś operacyi dostaje pacyjent rano kąpiel nasiadową, po któréj spożywa 25 kropli *tct. opii*. Przed samą operacyją każemy choremu wyprzeć ile możności jak najmocniéj guzy na zewnątrz. Lewatyw ani zimnych ani ciepłych, zalecanych przez innych, nie używam, gdyż są zupełnie zbyteczne i w niektórych razach zbyt mocno drażnią ściany jelita tak, że przychodzi do wcale niepożądanego oddawania stolca podczas operacyi. Samego rękoczynu dokonywamy w narkozie chloroformowéj w pozycyi bocznej chorego. Po należytem ogo-

leniu i oczyszczeniu pośladków i desinfekcyi guzów prądem kwasu karbolowego chwytamy każdy guz z osobna i zakładamy na jego podstawę kleszcze zaciskające (Langenbecka lub inne podobne). W przypadkach, w których chory zdołał dostatecznie wyprzeć guzy na zewnątrz, do uchwycenia ich wystarczają jakiebądź kleszcze, tam jednak, gdzie to nie nastąpiło, rozmaici chirurgowie rozmaitemi posługują się narzędziami celem wyciągnięcia guzów na zewnątrz. Nam i w tym celu najlepsze oddały usługi kleszczyki w formie długiéj zamykanéj „*Kornzange.*“ Jeżeli nie mamy przed sobą wyraźnych guzów, to chwytamy kleszczami fałd błony śluzowéj i pociągając za takowy stwarzamy sobie sztucznie guz, na którego szeroką szypulkę zakładamy zaciskadło, które zawsze winno tak być zakładane, aby powstałe blizny leżały w kierunku promieni koła, a nie w kierunku cięciw.

Nie mniéj ważną jest i ta okoliczność, aby pomiędzy poszczególnemi bliznami pozostały dość szerokie pasy prawidłowéj błony śluzowéj, co osiągamy w ten sposób, że tylko wobec nielicznych guzów wszystkie spalamy, tam zaś, gdzie liczba ich jest większa, ograniczamy się do zniszczenia największych, gdyż reszta z czasem wskutek wytworzenia blizn sama zanika. Przeważnie ograniczam się do usunięcia guzów wewnętrznych; w przypadkach jednakże, w których i guzy zewnętrzne znaczniejszych dochodzą rozmiarów i tworzą szczeliny i ranki, w których przychodzi do nader przykrego i uporczywego wyprysku, nie waham się wcale takowe usunąć.

Dalszym aktem operacyjnym jest spalenie guzów, którego dokonywamy zwolna termokauterem nie zbyt mocno rozgrzanym, nie tylko odpalając, ale spalając guzy w całości. Operacyja przez to wprawdzie znacznie się przedłuża, gdyż do usunięcia większego guza czasem potrzeba i 10 minut, ale za to przez cały ten czas klamra zaciska naczynia dowodzące do guza i tem samem sprawia wytworzenie dość mocnego skrzepu, który wraz ze strupem dostatecznie chroni od następowych krwotoków. Po odpaleniu guzów posypujemy strupy grubą warstwą proszku jodoformowego i zakładamy na okolicę otworu stolcowego opatrunek przeciwgnilny. Wyjątkowo tylko wprowadzamy do odbytnicy cienki pasek gazy jodoformowéj, drenu zaś nigdy nie używamy. Chory przez cały tydzień pozostaje na ścisłéj dyjecie, biorąc przez cały ten czas 2 razy dziennie po 25 kropli nastoju makowcowego. W 8-ym dniu podajemy środek przeczyszczający, a drobne czystą ziarniną pokryte ranki opatrujemy maścią lapisową aż do zupełnego zabliźnienia, które zazwyczaj następuje w 3-cim lub 4-tym tygodniu. Przebieg pooperacyjny jest zawsze bezgorączkowy, wyjątkowo tylko w pierwszych dniach ciepłota przekracza 38° C., jednakżez cechą gorączki aseptycznéj. Ból po operacyi bywa bardzo nieznaczny, co najwięcéj uskarżają się chorzy przez kilka pierwszych godzin na pieczenie w stolcu. Większe dolegliwości natomiast pojawjiaą się zazwyczaj przy pierwszym stolcu, przy którym też czasem pojawia się nieco krwi. Stolec ten bywa często wcale bolesny i niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć chorych, którzy ten moment uważali za najprzykrzejszy w całym okresie leczenia. Bóle te choć z mniejszem nasileniem utrzymują się czasem przez caly drugi tydzień.

Jedynem powikłaniem występującem bardzo często, pomijając drobne oparzenia pośladków od gorących dymów termokautera, jest odruchowy skurcz zwieracza pęcherza, a ztąd niemożność oddawania moczu, utrzymująca się zazwyczaj 2 do 3 dni. Powikłanie to jednak jest wspólnem wszystkim prawie chorobom i operacyjom w okolicy odbytnicy.

Jak już wspomniałem, operujemy tym sposobem wszystkie przypadki hemoroidów bez wyjątku. Przeciwwskazanie do operacyi stanowią tylko sprawy zapalne i ropne w guzach i ich otoczeniu. Wobec tych powikłań na pierwszym planie staje leczenie tychże, a dopiero po ich usunięciu można myśleć o leczeniu guzów, aby dokonać operacyi wśród tkanek zupełnie zdrowych. To też, jeżeli pacyjent zgłasza się z guzami dotkniętemi zapaleniem lub zgorzelą, ograniczamy się do użycia jodoformu i okładów z octanu glinowego, przetoki zaś i głębsze ropnie towarzyszące hemoroidom leczymy zwykłym sposobem, odkładając operacyję hemoroid do zupełnego usunięcia powikłań. Prawda, że w ten sposób musimy odwlec czasem operacyję na kilka tygodni, a nawet miesięcy, ale zwłoka ta wobec korzyści z niéj osiągniętych i pewności wyniku nie wchodzi w rachubę.

Dla poparcia powyższych wywodów pozwolę sobie zestawić poniżéj 121 przypadków, operowanych metodą Langenbecka.

1. Salomon K., tokarz z Krakowa, lat 40 liczący, wskutek znacznych i częstych krwotoków nader niedokrewny. Liczne guzy wypadające przy każdym stolcu od lat kilkunastu. Operacyja 10/1 1883. Przebieg bezgorączkowy, kateter przez 3 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

2. Jakób F., szynkarz z Szas-Fogo na Węgrzech, lat 70 liczący. Znaczna niedokrewność, przerost gruczołu krokowego. Guzy nie wielkie od 6 lat. Operacyja dnia 19/2 1883. Przebieg prawidłowy. Wyleczony, obecnie zupełnie zdrów.

3. Oser M., rzezak z Jerozolimy, lat 38 liczący, w bardzo wysokim stopniu niedokrewny, mocno osłabiony. Liczne duże guzy. Operacyja 25/2 1883. Przebieg bezgorączkowy, cewnika używano przez 2 dni. Obecnie, według doniesienia ustnego izraelity wracającego z Jerozolimy, cieszy się zupełnem zdrowiem.

4. Mieczysław C. urzędnik kolejowy z Przemyśla, lat 31 liczący. Od 11 lat cierpi na hemoroidy, połączone z znacznemi codziennemi krwotokami. Operacyja 27/4 1883. Przebieg prawidłowy. Wyleczony, według listu z 19/9 1889 obecnie zupełnie zdrów.

5. Mojżesz G., lat 40 liczący, kupiec z Tarnowa. Choroba trwa lat 18, znaczne krwotoki, anemia wysokiego stopnia. Operacyja 21/5 1883. Przebieg normalny. Według listu z d. 29/9 1889 obecnie zupełnie zdrów.

6. Abraham W., lat 45 liczący, handlarz z Rozwadowa. Cierpienie trwa już czas dłuższy, krwotoki mierne. Operacyja 21/6 1883. Przebieg bezgorączkowy, przez pierwsze 3 dni stosowano kateter. Według doniesienia Dra Dumairea[1]) obecnie zupełnie zdrów.

7. Schie R., pomocnik rabina, lat 50 liczący, z Oleszyc. Krwotoki znaczne od kilku lat z 4 dużych guzów. Operacyja d. 3/7 1883. Przebieg bezgorączkowy, mocz przez 2 dni odchodzi tylko cewnikiem. Obecnie (list z 25/9 1889) zupełnie zdrów.

8. Nuhem S., kupiec lat 40 liczący, z Krakowa. Od kilkunastu lat znaczne krwotoki z licznych drobnych guzów. Operacyja 21/3 1883. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

9. Beile G., lat 33 licząca, z Krakowa, ciągłemi krwotokami mocno wycieńczona. Operacyja 7/6 1883. Przebieg aseptyczny (przez 2 dni ciepłota dochodziła do 38·3°). Obecnie zupełnie zdrowa.

10. Salomon G., lat 24 liczący, talmudzista z Krakowa. Od kilku lat znaczne bardzo krwotoki, sprowadzające nawet omdlenie. 3 wielkie guzy. Operacyja 26/10 1883. Przebieg bezgorączkowy, kateter stosowano przez 6 dni. Obecnie cieszy się zupełnem zdrowiem.

11. Naftali H., uczony w talmudzie, lat 29 liczący z Chrzanowa, bardzo niedokrewny. Liczne duże guzy odpalono 12/11

[1]) Przy téj sposobności uważam sobie za miły bardzo obowiązek złożyć serdeczne dzięki wszystkim tym Panom Kolegom, którzy raczyli mi łaskawie udzielić dat o obecnym stanie naszych pacyjentów.

1883. Przebieg prawidłowy, mocz odprowadzono kateterem przez 2 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

12. Meier S., szynkarz, lat 40 liczący, z Krakowa. Cierpienie (mierne krwotoki) trwa lat przeszło 15. Cały wieniec dużych guzów krwawieńcowych. Operacyja 14/11 1883. Przebieg normalny (ciepłota raz tylko doszła do 38°), kateter stosowano przez 2 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

13. Elijasz W., kupiec lat 32 liczący z Krakowa. Krwotoki mierne od kilku lat, liczne drobne guzki. Operacyja d. 1/2 1884. Przebieg bezgorączkowy, kateteru używano przez 4 dni. Wyleczenie zupełne.

14. Helena M., lat 30 licząca, z Tarnowa. Od czasu pierwszego połogu cierpi na hemoroidy. Osłabiona ciągłemi krwotokami poddała się operacyi w dniu 15/2 1884. Odpalono 8 dużych guzów. Przebieg normalny. W październiku 1884-go roku skonstatowano stan miejscowy wcale pomyślny.

15. Eisik M., lat 36 liczący, handlarz z Krakowa, cierpi od dziecięctwa na obstypacyje, od kilkunastu lat pojawiły się uporczywe krwotoki. Niedokrewność znaczna. Operacyja 24/4 1884. Przebieg bezgorączkowy, kateter przez kilka dni. Wyleczenie zupełne.

16. Jakób R., kupiec lat 46 liczący, z Tarnowa. Znaczne krwotoki od lat 16, niedokrewność wysokiego stopnia. 6 wielkich guzów. Operacyja 28/4 1884. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie. O obecnym stanie pacyjenta nie posiadam żadnéj wiadomości. (C. d. n.)

III. Prof. Cybulski a moje ciałka nerwowe.

Podał

Prof. Adamkiewicz.

Gdy z końcem przeszłego roku prof. Cybulski ogłosił obszerną rozprawę o moich ciałkach nerwowych [1]) dwa powody skłoniły mnie do tego, że takową ignorowałem. Z jednéj strony bowiem mogłem przypuścić, że ten, którego ta sprawa naukowo obchodzi, przez studyjowanie moich prac i literatury o ciałkach nerwowych sam sobie łatwo wytworzy własny sąd o téj sprawie, a z drugiéj strony z antecedów pracy prof. Cybulskiego miałem prawo sądzić, że praca ta nie była podyktowaną z czysto przedmiotowych motywów.

Jeśli dziś, mając to samo przekonanie, moje zamiary zmieniam i na ową pracę kilka słów mam zamiar odpowiedzieć, to czynię to z tego powodu, że się przekonałem, że prace polemiczne czasem więcéj na siebie zwracają uwagę, aniżeli na to zasługują; a część czytelników nie mająca sposobności dokładniéj przestudyjowania rzeczy, doznaje trudności w wytwarzaniu sobie sądu, gdy słyszy tylko jednego.

Ze względu więc na rzecz widzę się zmuszonym odpowiadać na pracę, na którą według mego przekonania najwymowniejszą byłaby odpowiedzią — milczenie. Dla wyjaśnienia sprawy wystarczy przedmiotowe przedstawienie obecnego stanu sprawy „ciałek nerwowych“. Ciałkami nerwowemi nazwałem charakterystyczne twory, które ja pierwszy znalazłem [2]) z pomocą mojéj metody barwienia safraniną w nerwach człowieka, i na co szczególny kładę nacisk, w ich pochewkach rdzennych, — twory, które na przecięciu poprzecznem przedstawiają się jako półksiężyce, na przekroju podłużnym jako wrzeciona.

Po stwierdzenia stałego istnieniu tych tworów w obwodowych nerwach człowieka, tworów, których przedemną nikt ani nie widział, ani nie opisał, z całą mi możebną troskliwością starałem się bliżéj określić, jak te ciałka zachowują się u zwierząt i u człowieka I tak znalazłem, zbadawszy prawie wszystkie większe nerwy ciała ludzkiego i całe szeregi nerwów różnych zwierząt, badania, które mnie i moich asystentów przez kilka lat (od r. 1884—1889) zajmowały, a więc po wielu setkach badań, że ciałka nerwowe są stałemi składnikami włókien nerwowych rdzennych dwukonturowych dorosłego człowieka, że znachodzą się przedewszystkiem najliczniéj i najokazaléj w nerwach ruchowych mózgowych i rdzeniowych, że nie ma ich bez wyjątku w nerwach wyższych zmysłów (*nerv. olfactorius, opticus, acusticus)*, że niektóre ośrodkowe części nerwu twarzowego mimo tego, że jest ruchowym, ich nie posiadają, że w nerwach sympatycznych tylko szerokie i rdzenne włókna je posiadają, a t. z. włókna Remaka pomimo posiadania pochewki i ciałek Schwanna ciałek nerwowych nie mają, że w żadnem zwierzęciu nawet w małpie [1]) się nie znachodzą, co ze względów antropologicznych zasługuje na szczególną uwagę. Żaden z dotychczas znanych składników włókna nerwowego takich stosunków nie okazuje, więc już i z téj przyczyny ciała nerwowe trzeba uważać za nowe. Słusznie więc wymagać można od tego, który zaprzecza nowości ciałek nerwowych, aby przynajmniéj wykazał, że wyż wymienione fakta, tyczące się moich ciałek są nieprawidłowe.

Ale ciałka nerwowe miały podobnie, jak wiele naukowych odkryć, swoje fata. Wszak to jest prawie prawidłem, że z początku mówi się o nich, że nie istnieją. Potem chcą niektórzy udowodnić, że nie są one niczem nowem. Wreszcie ktoś obdarza je nowem mianem i w téj sukni przybranéj odbiera je prawdziwemu wynalazcy. Gdy przed pięciu laty poraz pierwszy opisałem moje ciałka nerwowe, wtedy Vignal [2]) w Paryżu chciał wykazać, że one nie istnieją. On nie widzi nic nowego w nerwach, które badał według mojéj metody, twierdzi on, a półksiężyce, które ja opisuję, powstają jedynie skutkiem procedury stwardnienia przezemnie używanéj i nie są niczem innem, jak tylko skrzepnięciami między pochewką a istotą rdzenną.

P. Benda [3]) (w Berlinie) znowu zajmował się przedewszystkiem tem, aby wykazać, że to co ja opisuję, już ktoś inny widział. I tak oświadcza ten autor, że moje „ciałka nerwowe“ są identyczne z ciałkami, które najprzód opisał Ranvier jako *noyaux du segment interannulaire*. Trzeciego aktu wreszcie dokonal p. Rosenheim [4]), w Berlinie. Ten autor chciał wprowadzić moje ciałka nerwowe do literatury pod innem mianem, a mnie zupełnie wyeliminować z dyskusyi. Często mówił i pisał o komórkach „tucznych“ nerwów (*Mastzellen*), i z biegiem czasu zapomniał wspomnieć, w jakim stosunku historycznym stoją te komórki tuczne do moich „ciałek nerwowych“. Jako własne odkrycie dodaje, że „jego“ komórki tuczne dopiero w chorobach nerwów powstawają, a zatem są tworami patologicznemi. Pomijam nazwiska i zdania autorów tych, którzy nie na podstawie własnych badań o moich ciałkach wydawali rozmaite sądy. A wystarczy wspomnieć, że między nimi n. p. Kölliker aż trzy przypuszczenia robi w celu ich tłomaczenia (*Gewebelehre* 1889).

Już ten krótki przegląd nader ożywionéj literatury, który wywołały moje ciałka nerwowe i sprzeczność tak znaczna zdań po mnie pracujących autorów na polu moich ciałek nerwowych, musiała wywołać w każdym przedmiotowo myślącym przekonanie, że ciałka nerwowe są przecież czemś nowem, dotąd niewidzianem. Musiało się zatem wydać bardzo dziwnem, że profesor Cybulski ponad głowy wszystkich tych badaczy Niemiec i Francyi chciał wywołać w swoich czytelnikach przekonanie, jakoby moje ciałka nerwowe były zwykłemi komórkami pochewki Schwanna, a zatem były elementami, które każdemu początkującemu w technice histologicznéj są znane. A indentyfikowanie moich ciałek nerwowych z komórkami pochewki Schwanna musiało się przedstawić jako akt tem więcéj zadziwiającym, o ile wyż wspomniane zapatrywania rozmaitych autorów wywołały dyskusyję, która do pewnego stopnia sprawę moich ciałek nerwowych już przecież była wyjaśniła. Zdanie bowiem Vi-

[1]) Przegląd Lekarski 1888. — [2]) Rozprawy Akad. Umiejęt. w Wiedniu, t. XCI., 1885, XLVII., 1888.

[1]) Nowiny lekarskie. Zeszyt listopadowy, 1889. Za dostarczenie mi tego materyjału kol. p. Żuławskiemu niniejszem bardzo dziękuję. — [2]) *Comptes rend. de la sociéte de biolog.* Paris 12 Mars 1886. — [3]) *Verhandlun. des physiol. Gesell.* in Berlin 1886, Nr. 17 u. 18. — [4]) *Ibid. i Arch. v. Psych. u. Nervenkr.*, VII., S. 820.

gnala, że moje ciałka nerwowe są tylko produktami skrzepnięcia, nie potrzebowało być szeroko odparte, gdyż skutkiem „skrzepnięcia" nie mogłyby powstać rzeczywiste komórki z jądrami i pierwoszczem. Zresztą Vignal nie mógł dojść do innych wyników, ponieważ do swoich badań używał tylko nerwów zwierzęcych. Czy moje ciałka nerwowe, jak to sądził Benda, dawniéj już były przez Ranviera opisane, przekonałem się w ten prosty sposób, że posłałem preparata moich ciałek nerwowych do Paryża, gdzie przedłożone zostały wspomnianemu najcelniejszemu histologowi. A ten dosłownie w ten sposób się wyraził: „Ciałka nerwowe Adamkiewicza bardzo mnie intrygują i ja oświadczam otwarcie, że nigdy czegoś podobnego nie widziałem [1]".

Podobnie wyrazili się wszyscy pierwszorzędni fizyjologowie i anatomowie Niemiec, którym dla własnéj pewności preparata moje posłałem [2]) albo na zjazdach i kongresach demonstrowałem [3]). I już w podręcznikach fizyjologii o moich ciałkach zaczyna być mowa [4]).

Wobec wyż wymienionego oświadczenia Ranviera rozbił się zamiar Bendy, aby moje ciałka nerwowe historycznie zniszczyć.

Jeszcze nam pozostaje teoryja Rosenheima, że moje ciałka nerwowe są „komórkami tucznemi". Twierdzenie to w mojéj pracowni pod moim dozorem z wielką starannością było badane [5]) i w ten sposób rozstrzygnięte, że komórki tuczne i moje ciałka nerwowe są to zupełnie inne rzeczy i różne są co do kształtu i co do własności barwienia, a najwięcéj różnią się co do siedziby. Komórki tuczne bowiem przedewszystkiem znachodzą się w tkance łącznéj w bliskości naczyń, szczególnie u żaby, podczas gdy ciałka nerwowe znachodzą się jedynie w nerwach dorosłego człowieka.

Szczegółowego badania potrzebowało jeszcze twierdzenie Rosenheima, że ciałka nerwowe, albo jak on je nazywa „komórki tuczne", dopiero skutkiem zapalenia nerwów powstawają, że zatem są produktami patologicznemi. Aby to zbadać, przedsięwziąłem [6]) bardzo staranne badania nerwów schorzałych w różnych okresach przewlekłego zwyrodnienia, które mi nastręczył przypadek Pachymeningitis [7]). Rdzeń pacierzowy był tu zupełnie zrośnięty z kręgosłupem za pomocą nadzwyczaj grubych błon łączno-tkankowych, a przez te błony przechodziły nerwy rdzenia.

Pokazało się, że w tym samym stosunku, w jakim nerwy przebiegające przez te zgrubiałe błony skutkiem ucisku ulegały zanikowi i stały się bezrdzenne, w tym samym stosunku były takowe ubogie w ciałka nerwowe. A z tego wynika, że ciałka nerwowe ulegają temu samemu losowi, co pochewka rdzenna i skutkiem chorób takowéj niszczeją, a nie, jak Rosenheim twierdzi, powstawają.

Co do jąder pochewki Schwanna jako tworów intersticyjalnych musielibyśmy otrzymać zupełnie coś przeciwnego.

Zbierając wszystkie dotąd wynalezione fakta o ciałkach nerwowych, mogę o nich powiedzieć, że są to właściwe twory pochewki rdzennéj wszystkich dwukonturowych włókien nerwowych rdzennych jedynie dorosłego człowieka.

Fakta te świadczą zarazem o tem, że o prostem identyfikowaniu ciałek nerwowych ze znanemi we wszystkich nerwach człowieka i zwierząt się znachodzącemi komórkami pochewki Schwanna absolutnie nie może być mowy, już i dlatego, że właśnie tam, gdzie ciałka nerwowe się znajdują — w nerwach dorosłego człowieka, — jądra pochewki Schwanna nie są bogatsze, lecz odwrotnie, albo bez pierwoszcza, albo przynajmniéj uboższe w pierwoszcze, jak w płodach i u zwierząt, w których ciałka nerwowe się nie znachodzą, pominąwszy już to, że jądra obu tworów nie są wcale do siebie podobne, gdyż ciałka Schwanna mają jądra duże, okrągłe, a moje ciałka nerwowe eliptyczne i małe.

A teraz rozpatrzmy się trochę dokładniéj w pracy prof. Cybulskiego, który pomimo tego wszystkiego twierdzi, że moje ciałka nerwowe są identyczne z komórkami Schwanna.

Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę, oprócz tonu téj pracy bardzo charakterystycznego, który ogólnie uderzył, ta okoliczność, że praca ta obfituje w dedukcyje, zarzuty, wnioski i hipotezy, a bardzo jest ubogą w materyjał pozytywny.

Tak poświęca prof. Cybulski $^2/_3$ prawie całéj swéj pracy zestawieniu najrozmaitszych zdań i poglądów co do ściśléjszéj budowy włókna nerwowego, a nie troszcząc się wcale o to, czy ktoś już moje półksiężyce opisał, czy nie, czyni mi z tego zarzut, że nie starałem się wyjaśnić stosunku moich ciałek nerwowych do owych poglądów. Na to tyle muszę odpowiedzieć, że sprawa ściśléj budowy włókna nerwowego, jak okazuje obszerna jego literatura i tomy o tym przedmiocie napisane przez Ranviera [1]) jest sprawą tak powikłaną, trudną, sprzeczną i olbrzymią, że owe zadanie spełnić na razie nie wystarczą moje słabe siły. A zważywszy, że prawie wszystkie nasze wiadomości dotyczące ogólnéj budowy histologicznéj nerwów pochodzą z badania świeżych nerwów zwierzęcych, a ciałka nerwowe tylko znachodzą się w nerwach ludzkich, których ściślejszą budowę wykazać z powodu braku zupełnie świeżego materyjału jest rzeczą nadzwyczaj trudną — musiałem się na razie zadowolić skromnym opisem faktu istnienia nowych dotyczas nieopisanych składników, pozostawiając przyszłości wyjaśnienie znaczenia takowych i dalsze o nich wiadomości.

A takie wiadomości zdaje mi się będą na razie tem trudniejsze do osiągnięcia, o ile ciałka moje dają się tymczasem tylko wykazać za pomocą barwienia (nietylko safraniną, jak prof. C. błędnie przypuszcza, lecz także wszystkiemi barwikami anilinowemi, jak to już zresztą po części wspomina Rosenheim) a do barwienia potrzebne jest przygotowanie nerwów przez czas dłuższy w płynie stwardniejącym, który znów ze swojéj strony dokładniejsze badania co do ogólnéj budowy nerwu czyni prawie niemożebnem. Dlatego też rycina nerwu przezemnie izolowanego, zawierającego zabarwione ciałka nerwowe, nie mogła odpowiadać, nad czem mój krytyk tak bardzo się zastanawia, rycinom, które autorowie rysują ze świeżych włókien nerwowych. Ale rysowałem je z preparatów odpowiadających celom, dla których zostały zrobione, a robiłem je nie dla wykazania całego histologicznego składu włókna nerwowego, którego myelina przedewszystkiem jak wiadomo po śmierci prędko się zmienia, lecz jedynie dla wykazania stosunku mojego ciałka do istoty rdzennéj i pochewki nerwu; stosunku, który, jak się samo przez się rozumie, przez śmierć nerwu w żaden sposób nie zostaje zmieniony.

Daléj zarzuca mi mój krytyk, że niedostatecznie uwzględniłem literaturę. Ponieważ przedemną nikt moich ciałek nerwowych nie widział, więc literatura takowych dopiero po mojéj pracy się rozwinęła, a zatem naturalnie z takowéj korzystać nie mogłem. Że zresztą z literaturą nie jestem tak mało obeznany, jak to sądzi prof. Cybulski, wykażę mu zaraz na kilku przykładach.

I tak jego ideje (str. 627), jakoby rozczyn Müllera

---

[1]) List z d. 16 marca 1885. — [2]) List z dnia 18 lutego 1885. *„Die Adamkiewicz'schen Halbmöndchen, wie diese wol im Gegensatz zu den Gianuzzi'schen heissen werden, waren (in den gesandten Präparaten) sehr schön zu sehen...* List z dnia 8-go marca 1885. *„Danach scheint es ja unzweifelhaft, dass Sie innerhalb der Primitivfasern wirkliche anständige Zellen gefunden haben, über deren Bedeutung man sich freilich wol nicht die mindeste Vorstellung machen kann".* — [3]) Tak na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Berlinie 1886, w Wiesbadenie 1886 i 1887. *Tageblatt* 375. — [4]) Landois. *Physiologie* 1889. — [5]) Momidłowski. Przegląd Lek. 1888. [6]) Nowiny Lekarskie. Zeszyt listopadowy r. 1889, *Archiv für Psychol. u. Nervenkrank.* October 1889. — [7]) Nowiny Lekarskie. Zeszyt październikowy 1889. *Die Pachymeningitis hypertrophica u. der chron. Infarct des Rückenmarkes* 1890. Wien. Hölder. Za materyjał p. prof. Browiczowi niniejszem dziękuję.

[1]) *Leçons sur l'histologie du Systeme nerveux.* Paris, 1878.

przezemnie używany (nawiasem mówiąc najcelniejszy środek dla zachowania normalnego stosunku pojedynczych elementów włókna nerwowego do siebie) był nieodpowiednim dla stwardnienia nerwów, wypowiedział przed nim Vignal, na co niedostatecznie kładzie nacisk.

Dalej jego uwaga, że barwik w zabarwionéj pierwoszczy występuje w formie ziaren, nie jest nową. Fakt ten nawet już obdarzony jest pewną nazwą *(chromophile Granulationen)* i pisali o nim między innymi S. Meyer [1]), Benda [2]) i ja [3]). (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Pleskoff (Heidelberg): **Próby lecznicze za pomocą kreoliny.**

Autor osiągnął dobre skutki w zapaleniu błony śluzowéj nosa w ozenie i w zapaleniu gardła za pomocą 1% rozczynu kreoliny W sapce cuchnącéj, jak również nie cuchnącéj, zmaczano w kreolinie 2 tampony z waty 10—15 ctm. długie i na mały palec grube, wyciskano lekko i wprowadzano za pomocą zgłębnika głęboko do każdego nozdrza, gdzie pozostały około 20 minut. Chorzy uczuwali podczas tego postępowania wprawdzie lekkie palenie, które jednak ustało po wydaleniu tamponów. Nieprzyjemnych objawów autor nigdy nie spostrzegał. Wydzielanie zmieniło się ilościowo i jakościowo. Ilość śluzu zmniejszała się i ropna własność ustępowała wydzielaniu śluzowemu więcéj prawidłowemu. W ozenie udało się usunąć nieprzyjemne cuchnienie szybciéj i zupełniéj, niż za pomocą dotychczas używanych środków. Wytwarzanie strupów i krost ustało, a wydzielanie stało się prawidłowem. W zapaleniu gardła suchem posunięto tampony w nos wprowadzone przez nozdrza do przestrzeni noso-połykowéj tak, że się stykały z błoną śluzową połyku. Resztę bł. śluzowej gardła wcierano wacikiem w kreolinie zmoczonym. Przytem używano natrysku nosowego 2—3 razy na dobę. Po trzech krótkich historyjach chorób dochodzi autor do wyniku, że mamy w kreolinie doskonały środek, który według dotychczasowych doświadczeń ma odgrywać ważną rolę w leczeniu niektórych chorób nosa i gardła. (*Therap. Monatsh.*)

Dr. R. Spira.

Steinbach: **Strofantus jako miejscowy środek znieczulający.**

Wiadomo, że niektóre środki nasercowe działają także miejscowo znieczulająco, jak to stwierdzono n. p. o erytrofleinie, chociaż w praktyce okulistycznéj stoi niżéj od kokainy, gdyż nie sprowadza, jak kokaina równocześnie zwężenia naczyń z następowem zblednieniem leczonego miejsca, lecz podrażnienie i rozszerzenie naczyń spojówkowych, a niekiedy nawet wybitne zapalenie. Heleboryna, glykozyd z *Helleborus niger*, także miejscowo znieczula. Dwa miligramy heleboryny w rozczynie wodnym wkroplone do worka spojówkowego królika, sprowadzają po 15 minutach zupełne znieczulenie gałki ocznéj bez wywołania rozszerzenia naczyń lub zmiany w oddziaływaniu źrenic; działanie tego glykozydu możnaby porównać z działaniem kokainy. Wobec powyższych okoliczności badał S., czy także strofantyna, któréj z powodu swego wybitnie wzmacniającego wpływu na serce tak chętnie używa się jako *cardiacum*, nie posiada własności znieczulenia, a wyniki osiągnięte na zasadzie licznych doświadczeń, uczyniły w zupełności zadość oczekiwaniu. S. znalazł, że nasienie strofantus zawiera ciało nieidentyczne z strofantyną, które po zastosowaniu na spojówkę po 25—30 minutach sprowadza zupełne znieczulenie gałki, które trwa prawie 12 godzin, przyczem nie uważa się ważniejszych objawów zapalnego podrażnienia, gdyż na oku ludzkiem spostrzega się tylko lekkie, przemijające zaczerwienienie spojówki. Miejscowe znieczulające działanie strofantus ma dotąd znaczenie tylko farmakologiczne, jak podobne działanie erytrofleiny. (*Wien. m. Bl.* 1889, Nr. 30). *Dr. Baschkopf.*

[1]) *Archiv für Psych.* 1876 S. 361. — [2]) *Berliner Naturforscherversamml. Tageblatt*, 1886, S. 375, — [3]) *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarks*, Stuttgart, Enke 1888 str. 133.

Patologija.

Pins E. (Wiedeń): **O stosunku zołzów do ich poszczególnych objawów.**

P. ustanawia czynniki rozróżniające choroby miejscowe od zołzowych, omawiając obszernie najczęstsze powikłania zołzów. Choroby nosa, jak *ozena, rhinitis purulenta chronica* mogą istnieć jako choroby miejscowe i należy je uważać za sprawy dyskratyczne tylko wtedy, jeżeli zajmują łatwo narządy sąsiednie i sprowadzają złogi w tworach kostnych i chrząstkowych. W zołzach przyłącza się tedy zapalenie ochrząstnéj i okostny kości nasady nosa z następowem bujaniem tkanki łącznéj. Nos zewnętrzny bolesny na dotyk, a cały nos jednostajnie zgrubiały. W sprawach czysto nieżytowych przerost błony śluzowéj występuje tylko na dolnéj muszli. Inne wskazówki dla rozróżnienia podaje skutek leczenia. Ropienie w uchu jest wprawdzie chorobą wieku dziecięcego, ale nie zawsze na tle zołzowem. Przeciwnie przydarza się o wiele częściéj u dzieci zołzowych znaczne niedosłyszenie wskutek wybujałości gruczołowatych z wrażeniami głosowemi podmiotowemi przy nietkniętéj, po największéj części ściągniętéj bł. bębenkowéj. Powikłanie ropienia z naciekłemi gruczołami karku z wypryskiem małżowiny, a nawet przebieg jego przedłużony nie jest jeszcze dowodem dla przyrody zołzowatéj. Należy jednak przypuszczać dyskrazyję zołzową, jeżeli *otorrhoea* pojawia się bez objawów oddziaływania, bł. bębenkowa ulega zniszczeniu już w pierwszych dniach, a cała sprawą często się kończy próchnieniem kości skalistéj, a nie martwicą. Tam, gdzie przy zawczesnem leczeniu ropienie nie prowadzi do próchnienia, blizny zrastają się za pomocą pasków tkanki łącznéj z wzgórkiem. W końcu odmawia autor nacieczeniu gruczołów limfatycznych i wypryskowi liszajcowemu wszelkiego znaczenia jako objawów zołzów, nawet jeżeli są połączone z *rhinitis* i z ropieniem ucha. Zołzy można wykazać tylko drogą bakteryjologiczną, a wtedy występują też ciężkie przypady, jak naciek gruczołów oskrzelowych, zapalenie grzybowate stawów, próchnienie kości, ropień zimny, obrzęk wątroby i śledziony i t. d. (*Archiv für Kinderheilkunde* T. X.). *Dr. R. Spira.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Leyden: **O gruźliczym otoku ropopowietrznym.**

Podczas gdy chirurgiczne leczenie wypocin opłucnowych obecnie już doszło do prawie zadowalających wyników, to może *Pyopneumothorax tuberculosus* wykazać się nieznacznemi tylko rezultatami. Ograniczano się tu przeważnie do leczenia objawowego: od czasu do czasu wypuszczano z jamy opłucnowéj przez aspiracyję powietrze i wypocinę, aby choremu ulgę sprawić, a w ogóle postępowano według zwykłych zasad leczenia suchot. Po zabiegu chirurgicznym chory prawie zawsze prędko zapada i umiera. Weyl stwierdził, że otokowi ropopowietrznemu ulega prawie dziesiąta część suchotników, a z tych jest prawie 25% jeszcze w względnie dobrym stanie odżywienia, a przecież giną szybko mimo troskliwéj opieki. Wyniki torakotomii dotychczas nie były świetne; tylko w nielicznych przypadkach przeżyli chorzy dłuższy czas zabieg. Z 6-ciu chorych Leydena z otokiem powietrznym operowano w roku ubiegłym trzech. Jeden umarł po kilku dniach; miał on otok surowiczo-powietrzny. Chorobę tę należy zawsze wykluczyć od zabiegu, gdyż przynosi on tylko małą ulgę, a po wypuszczeniu powstaje przecież ropienie. Potain leczy takie przypadki przez wypuszczenie wypociny i wprowadzenie równéj ilości wyjałowionego powietrza. Drugi chory przeżył zabieg 4 miesiące; sekcyja wykazała daleko posuniętą gruźlicę płuc, zwyrodnienie skrobiowate wątroby, jelit i nerek. Trzeci chory, obecnie 10 miesięcy po zabiegu, żyje. U tego 27-letniego mężczyzny wykonano torakotomiję i wypuszczono litr ropy. Po operacyi stan był nadzwyczaj groźny: chory z początku nic nie jadał i miał znaczną duszność i żywiono go przez kilka tygodni, aż zaczął znowu sam jeść, przy pomocy cewy połykowéj. To leczenie odżywcze mało się teraz uwzględnia, chociaż stanowi ważny czynnik leczenia wewnętrznego. W wszystkich chorobach, w których niebezpieczeństwo życia polega na wyniszczeniu, powinniśmy je zwalczać i nie tylko wyniszczenie wstrzymać, lecz sprowadzić stan przeciwny. W tym celu należy przekonać się, wiele

chory do tego potrzebuje żywności i jak powinna się składać w stosunku ciał białkowych, tłuszczów i węgleków wodu, aby osiągnąć powiększenie ciężaru ciała. Tu przekonywamy się, że chory więcéj potrzebuje przeciętnie dla swego odżywienia, niż zdrowy. Aby chory został przy życiu, musi jeść to, co potrzebuje, a nie co chce. Przekarmienie tu zalecane wymaga często przymusu i to moralnego (powaga lekarza) i mechanicznego (cewa żołądkowa). (*Berl. k. Woch.*).

Choroby nerwowe.

Thör: **Antipyryna przeciw pomazaniom nocnym.**

T. używa z dobrym skutkiem antipyryny w dawce 0·5 do 1·0 krótko przed pójściem na spoczynek przeciw polucyjom. Używanie tego środka zaleca się tem bardziéj, o ile bromek potasu, a względnie sodu, które znane są dotychczas jako jedynie na pewno skuteczne środki. przy dłuższem używaniu wywolują trądzik (acne). Także w *neurasthenia sexualis* działa często bardzo dobrze antipyryna w dawce 1·0 do 2·0. (*W. med. Bl.*, 1888, Nr. 4). *Dr. Baschkopf.*

Gellé (Paryż): **Przypadek allochiryi słuchowéj.**

Pod nazwą „allochirie" rozumiemy doznawanie uczucia na połowie ciała przeciwnéj miejscu zadrażnionemu. Tak np. chorzy dotknięci wiądem rdzenia odczuwają czasem na lewéj dolnéj odnodze drażnienie, które działa na skórę prawego podudzia. Podobne zjawisko, dotychczas wyłącznie dla bodźców skórnych spostrzegane, zauważył autor też w narządzie słuchowym pewnéj choréj. Cierpiała ona zapalenie ucha środkowego obustronne, przeważnie zaś po lewéj stronie. Szmer ze krwi powstały w prawem uchu, a także przedmiotowo wykazalny, odczuwała chora jedynie lewem uchem. Zdaniem autora przeczulica n. słuchowego lewego była przyczyną allochiryi w przytoczonym przypadku. (*Gazette des hôpitaux* Nr. 11). *Dr. R. Spira.*

Choroby dzieci.

F. Schilling **W sprawie leczenia krztuśca.**

Salkowski omawiając przeciwgnilne działanie wody chloroformowéj (5·0:1000·0) orzekł, że ona jest środkiem odrażającym, wstrzymującym rozwój i niszczącym już rozwinięte prątki. Opierając się na téj okoliczności i w przypuszczeniu, że krztusiec jest pochodzenia pasorzytniczego, leczył S. 62 przypadków krztuśca u dzieci wziewaniami wody chloroformowéj i to z wynikiem zupełnie zadowalającym, gdyż już w trzecim tygodniu choroby stwierdził wybitne polepszenie. Po wziewaniach karbolu, których pierwéj używał, wynik nie był tak dobry. Antipyryna działała niekiedy szybko, ale często też zupełnie zawodziła; tak samo wątpliwe były wyniki po wdmuchiwaniu będźwinianu sodowego itd. do nosa. Ostatnie postępowanie jest dzieciom bardzo nieprzyjemne, a wdychiwanie karbolu przykre z powodu woni i smaku. Obu tych stron ujemnych nie ma woda chloroformowa; szkodliwego działania nigdy nie widział. (*Münch. med. Wochensch.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

C. Sauer (Berlin): **W potrzebie zastosować się dający opatrunek z żelaznego drutu przy złamaniach szczęki.**

W tym celu używa S. materyjału, który z łatwością wszędzie da się znaleść, t. j. grubego na 2 mm. w średnicy żel. drutu i cieńkiego druciku o średnicy 0·25—0·20 mm. Również i instrumenta, do zrobienia opatrunku potrzebne, są bardzo proste, a mianowicie: kończyste i przecinające obcążki oraz pilniczek. Najpierw obwiązuje się w każdym odłamku szczęki jeden, dwa albo więcéj zębów cieńkim drucikiem, który następnie zakręca się naokoło grubego drutu, idącego wzdłuż szyjek zebranych aż do połowy zębów trzonowych dużych ponad dziąsłami, a zgiętego odpowiednio do szczęki zdrowéj, przyczem końce tego drutu, jeżeli opatrunek jest przeznaczony dla złamanéj dolnéj szczęki, muszą być nieco rozchylone, zaś dla górnéj nieco ku sobie nagięte. Jako podstawa dla tego opatrunku, gdzie tenże najmocniéj powinien być osadzony, ma służyć ta część złamanéj szczęki, która względem przeciwległéj należyty zgryz zachowuje, ku niéj bowiem musi być niejako naciągana druga część nienależycie gryząca. Nader prosty ten opatrunek, dający się w wielu przypadkach z korzyścią zastósować, ma tę wyższość nad innemi, dotychczas używanemi (z wyjątkiem może gutaperkowego aparatu, podanego przez Morel-Lavallée, o którym S. nie wspomina), iż chirurg może bez pomocy dentysty go sam zrobić, i że przytem zbyteczne jest branie odcisku ze złamanéj szczęki, częstokroć nader dla chorego bolesne i utrudnione z powodu niedostatecznego rozwarcia jamy ust. S. radzi przy regulowaniu zębów, celem wypchania ich na zewnątrz, cofnięcia na wewnątrz i obrotu wokoło osi, używać téj saméj metody. odpowiednio do danego przypadku zmodyfikowanéj. (*Deutsch. Monatsch. f. Zahnheilkunde*, 1889, zeszyt X). *Dr. K. S.*

Choroby oczne.

Prof. A. Reuss (Wiedeń): **Keratitis maculosa.**

Wskutek rozprawy prof. Stellwaga „o szczególnéj postaci zapalenia rogówki", ogłasza R. swoje spostrzeżenia o téj nowéj postaci chorobowéj. W charakterystycznych przypadkach znajdujemy w rogówce liczne, szarawo-białe, okrągławe, nie ostro odgraniczone, lecz zamazaną obwódką otoczone plamki o średnicy 1—1·5 mm., leżące prawie bez wyjątku powierzchownie, może pod przybłonkiem. W świeżych przypadkach tworzą one małe płaskie wyniosłości, a rogówka jest w zajętych częściach zaćmiona, w dalszym przebiegu połysk wraca, a wyniosłość staje się niewyraźną lub zanika. Jeżeli nacieki leżą głębiéj, to obraz jest rozmaity. Plamek jest najczęściéj dużo i to szczególnie w obwodzie, ale i środek rogówki nie jest wolny; niekiedy jest cała rogówka zajętą. Nowo wytwarzania naczyń nie spostrzegał, ani rozpadu tkanki rogówkowéj ani nawet przybłonka; tak samo nie zauważył wikłającego zapalenia tęczówki. Najczęściéj rozpoczynała się choroba jako zapalenie spojówki, jużto o wejrzeniu pryszczykowem, jużteż jako typowa oftalmia nieżytowa z obfitą wydzieliną, a leki nigdy nie zawodzące chorzy znosili źle lub tylko z początku dobrze; po kalomelu występowało obfite wydzielanie śluzu, po tuszowaniu lapisem (2%) łatwe wytwarzanie się strupów lub w ogóle przebieg nadzwyczajnie się przedłużał, aż nagle, bez możności stwierdzenia samego początku, stwierdzono plamki rogówkowe. Ale R. spostrzegał też przypadki rozpoczynające się jako zapalenie rogówkowe z nastrzykaniem rzęskowem, nastrzykaniem spojówki gałkowéj, obrzmieniem powiek, łzawieniem, światło wstrętem i bólami, lecz przypadki te były rzadsze od tych, które się rozpoczynały jako nieżyt spojówkowy. O przebiegu choroby podnosi, że zaćmienia utrzymywały się prawie bez zmiany przez wiele miesięcy. Co do przyczyny choroby, to widział R. tę chorobę oczną w zimie rzadko, w lecie podczas gorących miesięcy często i przypuszcza możliwy związek z porą roku, jak przy t. z. nieżycie wiosennym. Chorzy znajdowali się w wieku od 15—60 lat: u dzieci nigdy jéj nie spostrzegał. W więzi chorych nic nie było uderzającego. Choroba występowała rzadziéj jednostronnie, najczęściéj obustronnie. Leczenie nie wpływało widocznie na chorobę; z początku ograniczał się do zwykłego leczenia rogówkowego, w okresach bez zadrażnienia stosowano miesienie z żółtą maścią precypitatową, w końcu wkraplania roztworu K J. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 34).

Choroby uszne.

F. Bezold: **O ciałach obcych w uchu.**

Zebrawszy z nowszéj literatury 8 przypadków śmierci wskutek dostania się ciał obcych do ucha, opisuje B. przypadek przez siebie spostrzegany: Rozchodzi się o pestkę z chleba św. Jana w lewem uchu sześcio-letniéj dziewczynki. Usiłowania wydobycia takowéj za pomocą strzykawki i najrozmaitszych narzędzi nie powiodły się, tak samo powtórzenie takowych po 18-stu dniach. Pięć dni po ostatniéj próbie wystąpiły bóle, obfite ropienie, obrzmienie i bolesność na ucisk poza uchem, po następnych dwóch dniach wystąpiła nagle wysoka gorączka, powiększenie się obrzęku, nagłe ogłuchnięcie (po lewéj stronie od samego początku było znaczne przytępienie słuchu) i wymioty. Następnego dnia, na który przeznaczono trepanacyję wyrostka sutkowego, wybitne objawy oponowe. Przy operacyi znaleziono małe ogniska ropne w kości, sama jama była próżna. 20 godzin po zabiegu śmierć. Oględziny wykazały: zapalenie opon miękkich i ograniczone zapalenie zatok żylnych (*Leptomeningitis et Phlebitis Sinuum*). Ziarnko wypełnia dokładnie przednią część jamy

bębenkowéj i nie daje się nawet przez silny ucisk zgłębnikiem przez trąbkę wypchnąć z swego położenia. B. zwraca uwagę na sposób rozszerzenia się zapalenia z jamy bębenkowéj z jednéj strony przez zranione okienko jajowate, a z drugiéj strony wzdłuż naczyń, dostając się w ten sposób do kości i zatok. Jako bardzo ważne dla rozpoznania uważa obustronną głuchotę, jako wyraz zapalenia opon, na karb którego kładzie objawy odruchowe przy obecności ciał obcych w uchu. Omawiając różne sposoby wydobycia twierdzi, że: 1) usunięcie z strony zewnętrznego przewodu słuchowego może być niemożebnem wskutek niekorzystnego ułożenia. 2) Stopień bystrości słuchu jest bardzo ważny, gdyż przy znacznem jéj upośledzeniu należy wnioskować o uszkodzeniu płytki strzemiączka i o wskazaniu życiowem, gdy zaś jéj nie ma, można spróbować odciągania wody lub usunięcia prądem wody ze strony trąbki. 3) Wobec objawów zapalnych w otoczeniu ucha środkowego zawsze jest wskazane natychmiastowe wydłutowanie jamy. 4) Można, zwłaszcza u dzieci, połączyć z tem ostatniem usunięcie tylnéj kostnéj ściany przewodu słuchowego celem wydalenia ciała obcego. (*Berl. kl. Wochenschr.*)

Choroby skórne i weneryczne.

Finger (Wiedeń): **O niektórych nowych środkach przeciwrzeżączkowych.**

Wychodząc z zapatrywania, że w ostrych rzeżączkach z obfitem wydzieleniem się cieczy żółtawo-zielonéj, bólami podczas oddawania moczu i naprężenia członka przeciwwskazane jest używanie środków ściągających, poleca Finger w tych postaciach rzeżączki *Oleum ligni Santali* i *Kawa-Kawa*, któreto środki żywiczne posiadają działanie podobne działaniu balsamu kopaiwowego, ale nie rozwijają nieprzyjemnych działań ubocznych na przewód pokarmowy i na skórę. Wspomniane środki okazują dobry wpływ także w ostréj rzeżączce tylnéj i w ostrem zapaleniu cewki i pęcherza moczowego, gdyż uśmierzają bóle, zmniejszają parcie na mocz i ilość wydzieliny i umożliwiają tym sposobem szybsze rozpoczęcie miejscowego stosowania różnych środków ściągających. F. podawał oleju santalowego 0·2—0·5 w kapsułkach żelatynowych trzy razy dziennie po 2 kapsułki po jedzeniu, a kawa-kawa podawał jako *Extr. fluidum* 3 razy dziennie po 15—30 kropli w wodzie po jedzeniu. Daléj poleca F. lanolinę jako składnik dla maści, używanych w leczeniu rzeżączki przewlekłéj. W świeższych okresach rzeżączki przewlekłéj wystarcza wstrzyknięcie saméj maści za pomocą strzykawki Tommasoliego, w zadawnionych zaś dobrze jest przed zastosowaniem maści wprowadzić większy numer zgłębnika na 5—10 minut. Z maści używał F. jedno- do trzechprocentowéj z *Argentum* względnie *Cuprum sulphur.* z dodatkiem 5 gramów oliwy, daléj maści, zawierającéj jod i jodek potasu (*Jodi puri* 1·0—3·0, *Kalii jodati* 5·0), w końcu jedno- do trzech-procentowéj maści kreolinowéj. (*Int. kl. Runschau*, 1888). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

A. Paltauf: **O doświadczalnem dowodzeniu wścieklizny w przypadkach sądowolekarskich.**

Rozprawka powyższa dowodzi, że i lekarze sądowi mogą nawet obecnie znajdować się w położeniu korzystania z najnowszych zdobyczy bakteryjologii, a w szczególności z odkryć Pasteura i jego szkoły. Zdarzają się przypadki, w których pomimo dokładnego wykonania sekcyi zachodzą poważne wątpliwości w oznaczeniu przyczyny śmierci z tego powodu, że rezultat sekcyi jest ujemnym. Ma to miejsce w tych przypadkach, w których śmierć następuje w napadzie padaczki lub histerycznym, w przebiegu eklampsyi i tężca, gdzie nader gwałtownym objawom za życia spostrzeganym nie towarzyszy szereg takich zmian na zwłokach, iżby sam rezultat sekcyi wystarczał do rozpoznania. To samo zachodzi w przypadkach wścieklizny u ludzi tak, że nawet ujemny wynik sekcyi przemawia za istnieniem téj choroby jako przyczyny śmierci. Już *a priori* przypuścić można, że mogą się zdarzyć przypadki, w których nader wiele zależeć będzie na niewątpliwem stwierdzeniu, że wścieklizna, a nie inna sprawa śmierć sprowadziła, autor był nawet kilka razy w szczęśliwem położeniu badania w takich przypadkach. Przedsiębrał on w tych przypadkach szczepienia istoty rdzenia zwłok badanych pod opony twarde zwierząt według metody Pasteura, a wskutek wyników tych badań stawało się pewnem przypuszczenie wścieklizny jako przyczyny śmierci. Oceniając dokładnie czas wybuchu i obraz choroby zwierząt zaszczepionych mógł się P. przekonać, że obraz ten, a zwłaszcza występowanie objawów po upływie pewnego czasu, są charakterystycznemi, iż nie tylko można wykluczyć odpowiednio wykonanem doświadczeniem tężec i wszelkie inne sprawy chorobowe, lecz także orzekać z taką pewnością, jakiéj wymagają dochodzenia sądowolekarskie. W szczepieniach takich zyskuje medycyna sądowa nowe drogi i sposoby badania, przynajmniéj w niektórych przypadkach, a jeżeli od wszystkich lekarzy nie można wymagać należytéj wprawy i zaopatrywania się we wszystko, czego do takich badań potrzeba, to przynajmniéj powinni mieć na tyle wiedzy bakteryjologicznéj, aby badać się mające części zwłok zdołali odpowiednio pozyskiwać i przechowywać celem zbadania ich późniejszego w odpowiednio urządzonych zakładach. (*Vierteljahrs. f. ger. Med.* 1889, str. 312). *Schaitter.*

V. W sprawie szczepienia ospy.

Zakończona co dopiero sesyja sejmowa nie zdołała prac swoich uwieńczyć uchwaleniem tyle potrzebnéj dla kraju ustawy sanitarnéj, lecz przynajmniéj w kwestyi powszechnego szczepienia ospy za pomocą krowianki rozwiązała szczęśliwie trudności finansowe uchwalając jednomyślnie potrzebne na zakupno krowianki fundusze. Opinia publiczna i przekonania posłów sejmowych były już z góry przychylnie dla tej sprawy usposobione, a wymowne usta referenta tejże sprawy (posła Dr. Bernarda Goldmanna) pozyskały tak przychylność komisyi budżetowéj, jak następnie i Sejmu całego. Dzięki zatem ofiarności Sejmu naszego w roku przyszłym dziatwa całego kraju będzie już zaszczepioną krowianką, a biedne włościanki już nie będą więcéj stawały na punktach zbornych wystraszone, że z ich dzieci będzie się ospa zbierała. Dodać nadto muszę, że i w kwestyi zakupna krowianki szanowny referent téj sprawy szczęśliwie ominął nasuwające się trudności, gdyż zasięgnąwszy zdania naszych posłów lekarzy przemawiał nie za monopolem, lecz za rozdzieleniem kwoty 10.000 złr. między zakłady krowiankowe w kraju istniejące, a ponieważ przed rozstrzygnięciem téj kwestyi raczył i mnie zapytać o zdanie, nie omieszkałem również przemawiać przeciw zgubnemu w takim razie monopolowi, zalecając zawarcie układów z wszystkiemi zakładami, jakie w kraju istnieją lub w przyszłości istnieć mogą. Tym sposobem zatem spełnione zostało jedno z wielu życzeń stereotypowo powtarzanych rok rocznie przez naszą Radę krajową zdrowia, a i to życzenie tylko do polowy ziszczoném zostało, gdyż nie mamy jeszcze przymusu szczepienia, którego uchwalenie jednak już do kompetencyi Rady państwa należy.

W roku bieżącym skutkiem ofiarności gmin pojedynczych oraz Rad powiatowych bardzo znaczna już ilość osób została zaszczepioną i rewakcynowaną za pomocą krowianki. W powiecie buczackim uchwaliła Rada powiatowa na przedstawienie moje przesłane przez c. k. Starostwo z życzliwém dla téj sprawy zaopiniowaniem, kwotę 60 złr., a pojedyncze gminy miejskie skutkiem takiej saméj odezwy nadesłały 18 złr., prócz miast Monasterzyska i Buczacza, które osobno jeszcze za pośrednictwem swych lekarzy miejskich zakupiły za kilkanaście złr. w. a. krowianki. To też z 5420 osób zaszczepionych w roku bieżącym, zaszczepiono 3840 dzieci krowianką a tylko 1580 limfą humanizowaną, t. j. tylko w tych przypadkach, gdzie krowianka nadsyłana w słoiczkach lub rurkach szklanych z nakrywkami gutaperkowemi zawiodła, skutkiem czego z konieczności, aby się nie narażać na dalsze zawody, trzeba się było uciec do szczepienia za pomocą limfy zbieranéj ze zdrowych dzieci. Mnie się już udało w roku bieżącym dokonać szczepienia wyłącznie za pomocą krowianki. Zaszczepiłem 864 osób, a zrewakcynowałem osób 96. Chcąc się przekonać o skuteczności użytéj krowianki, dokonywałem jak najstaranniej rewizyi i wykazałem 821 razy rezultat pomyślny, 1 raz niepomyślny, a 42 razy wątpliwy. Do szcze-

pienia używałem głównie krowianki z zakładu Haya w Wiedniu, a to z tego powodu, że pierwsze słoiczki do szczepienia zbiorowego nadesłane przez zakład Kubickiego we Lwowie, cieszący się zasłużoném uznaniem, — czy to z powodu nie dość hermetycznego zamknięcia słoiczków, a raczej rurek baniasto wydętych, — nie odniosły pożądanego rezultatu i wywołały wielkie żale ze strony lekarzy, którym krowiankę do szczepień zbiorowych wręczyłem. Lubo zatem tak jak zwykle, i w roku bieżącym chciałem popierać zakład krajowy, uważając to za obowiązek patryjotyczny, — to jednak przenosząc interes ludności nad sympatyje osobiste, musiałem w zakładach wiedeńskich dokonać zakupna potrzebnéj krowianki. Nie chcąc być jednak niesprawiedliwym, dodać muszę, że tylko krowianka do szczepień zbiorowych przeznaczona, a pochodząca z zakładu Kubickiego zawodziła; podczas gdy krowianka z tegoż samego zakładu pobrana, a umieszczona w rurkach, doskonale się przyjmowała i rozczarowań nie sprawiała. Z pomiędzy 864 szczepień dokonanych za pomocą krowianki w ogóle, przypadło w mym okręgu 773 szczepień przeprowadzonych li tylko za pomocą krowianki z zakładu Haya w Wiedniu i to szczepień, których wynik stwierdziłem za pomocą następowéj rewizyi. Na 773 szczepień wykazałem 740 razy wynik pomyślny tj. oznaczając procentowo 95·7%. W 33 przypadkach i ta krowianka zazwyczaj niezawodna, przecież podczas upałów letnich zawiodła, tak że szczepienie musiałem powtarzać. Zauważyłem również, że w niektórych przypadkach krosty ospowe wytwarzały się znacznie późniéj, niż zwykle, tak, że 8-go dnia dopiero ich zaczątek był widocznym, a dopiero 10 lub 11-go dnia pęcherzyki ospowe okazały się wydoskonalonemi. 29 dzieci szczepiłem na próbę krowianką pochodzącą z zakładu Dr. Bauera w Wiedniu i we wszystkich przypadkach osiągnąłem rezultat znakomity. Na próbę również szczepiłem w 6-ciu przypadkach krowianką prof. Dra Barańskiego ze Lwowa, przesłaną mi w rurkach, a rezultat w tych przypadkach był również zadowalającym. Krowianka jednak w słoiczkach przechowana, zawodziła tak samo, jak krowianka Kubickiego, jak mi o tem lekarze w powiecie Buczackim szczepiący donosili w raportach urzędowych.

Na podstawie relacyj przedłożonych mi przez wszystkich prawie lekarzy powiatu Buczackiego, którym szczepienie w roku bieżącym poruczonem zostało, obliczyłem procentowo skuteczność krowianki Kubickiego i krowianki Haya a cyfry przedstawiają się jak 40·3% (Kubickiego) do 77·6% (Haya). W obliczeniach tych zamieszczano tak skuteczność krowianki Kubickiego w rurkach wyrażoną przez 100% (bo wszystkie się przyjęły), jak i w słoiczkach wyrażoną niekiedy przez 0% (bo zawiodła), a dodać należy że z zakładu Haya używano krowianki tylko w słoiczkach do szczepień *en masse*.

Umyślnie przytoczyłem tutaj nużące trochę cyfry, aby unaocznić z jednéj strony wielkie korzyści, jakie uzyska ludność z zaprowadzenia powszechnego szczepienia za pomocą krowianki, ale z drugiéj strony, aby zwrócić uwagę właścicieli zakładów krowiankowych, którym dostawa krowianki dla lekarzy szczepiących poruczoną zostanie, iż krowiankę należy przechowywać najlepiéj w cieńkich rurkach szklanych hermetycznie zamkniętych i przechowanych w odpowiedniéj temperaturze i nadsyłać ją co 1—2 tygodni częściowo, do szybkiego zużytkowania, gdyż w razie przeciwnym, a szczególniéj w razie ponowienia się wielkich upałów letnich, rozczarowania, a ztąd i narzekania na krowiankę będą nieuchronne, a kto wie nawet, czy nie ponowią się żale, że przecież lepiéj było szczepić limfą humanizowaną, bo skutek w przyjmowaniu się był widocznym, a ludność nie zgromadzała dzieci naprózno. Co do mnie, to byłem w roku bieżącym z zaprowadzenia szczepienia wyłącznie tylko za pomocą krowianki bardzo zadowolonym, a i ludność w mym okręgu, gdym zapowiedział, że z żadnego dziecka limfy zbierać nie będę, chętnie dostawiała dzieci do rewizyi, skutkiem czego stosunkowo bardzo znaczną ilość dzieci zrewidowałem (822 na 864), a na 947 dzieci zdolnych do szczepienia miałem tylko 78 renitentów (8·2%). W tym względzie sprawdziły się moje oczekiwania, wypowiedziane w roku ubiegłym w méj rozprawce „Kilka uwag w sprawie powszechnego szczepienia ospy za pomocą krowianki“, zamieszczonéj w łamach *Przeglądu Lekarskiego* (Nr. 45), podobnież jak i obliczenia moje w głównych zarysach dowodzące, że zakupno krowianki dla całego kraju nie będzie tak dalece wielkich kosztów wymagało, najzupełniéj sprawdzonemi zostały, gdyż Sejm na rok przyszły uchwalił sumę 63.000 złr., t. j. tylko o 6 tysięcy większą, niż dawniéj (56 900). Wobec ziszczenia się tych nadziei życzyćby sobie tylko należało w interesie kraju i jéj ludności, aby w Krakowie jak najrychléj powstał zakład krowiankowy, którego powodzenie bez kwestyi byłoby zapewnionem, gdyż znaczna liczba dzieci w samymże Krakowie korzystałaby z krowianki, wyprodukowanej w nowym zakładzie, a i zachodnia połowa kraju miałaby bliskie źródło krowianki, w końcu zaś tak miasto samo, jak i kraj użyczyłyby subwencyi tak pożytecznemu zakładowi, zamawiając znaczną liczbę fijolek na cele publiczne. Może słowa te posłużą do zachęty dla którego z przedsiębiorczych młodych kolegów celem stworzenia zakładu, który np. Hayowi we Wiedniu rocznie 50000 złr. brutto przynosi. *Dr. Ferdynand Obtułowicz*

w Buczaczu.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Bollinger: **Zapobieganie gruźlicy.**

Cornet w Berlinie przesłał ministrowi dla spraw wewnętrznych swoje prace nad gruźlicą, a minister odstąpił je najwyższéj radzie zdrowia z zapytaniem, czy może na zasadzie wyników doświadczeń Corneta polecić odpowiednie zarządzenia celem zapobieżenia rozszerzeniu się gruźlicy. Bollinger załatwiając to polecenie, podaje: W pracy p. t.: „rozmnażanie się prątków gruźliczych zewnątrz ustroju“ starał się C. przez przeszczepianie kurzu znajdującego się na ścianach i łóżkach w miejscach podejrzanych na odpowiednie zwierzęta rozstrzygnąć pytanie, czy jad gruźliczy znajduje się tylko w najbliższem sąsiedztwie suchotników, czy też wszędzie. Wyniki tych doświadczeń były, że z 118 prób kurzu, wziętych z sal chorych, lub z mieszkań gruźliczych chorych, wywołano w 40-stu przypadkach (na świnkach morskich) gruźlicę, podczas gdy 29 prób kurzu z miejsc, w których suchotnicy tylko krótko przebywali, dały wynik ujemny. Za wyłączne źródło zakażenia powietrznego musimy uważać suchotnika, względnie jego najbliższe otoczenie, przyczem jednak zachodzi wielka różnica między suchotnikiem czystym lub ostrożnym, a nieczystym. Otoczenie suchotnika czystego, który nie odpluwa ani do chustek, ani na podłogę, lecz do spluwaczek, jest bezpieczne. Powietrze wydychane przez suchotnika nie jest niebezpiecznem, lecz jego brzydkie nałogi. W innéj statystycznéj pracy bada Cornet stosunki śmiertelności, a szczegółowo częstość gruźlicy w pruskich zakonach pielęgnowania chorych; ten materyjał obejmuje 4028 sióstr, względnie braci, należących do 38-miu klasztorów. Na 2099 przypadków śmierci w ciągu 25-ciu lat była 1320 razy przyczyną gruźlica płuc (62·88%), największa liczba przypada na wiek 20—25 lat; przeciętny wiek zmarłych wynosi tylko 36·27 lat, przyczem należy uwzględnić, że do zakonów pielęgnujących chorych przyjmuje się tylko ludzi zdrowych, silnych, młodych. W następnéj pracy: „zapobieganie gruźlicy“, skierowane są ostrożności hygieniczne przeciw rozszerzaniu się gruźlicy, ku zapobieganiu zanieczyszczenia podłóg, pościeli, łóżek, chustek chorych przez używanie spluwaczek. Po odrażaniu plwocin mało można się spodziewać, gdyż nawet zgęszczone środki odrażające jak karbol 5% lub sublimat 1‰ dopiero po dłuższem zadziałaniu (24 godzin) niszczą prątki gruźlicze. Bollinger występuje przeciw Cornetowi, o ile ten w zupełności zarzuca wpływ dziedziczności i usposobienia do gruźlicy. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 37).

Docent J. Geppert (Bonn): **Przyczynek do nauki o środkach przeciwgnilnych.**

Zarodniki wąglika mogą pozostać zakaźnemi, choćby przez wiele godzin znajdowały się w sublimacie 1‰. Warunkiem do udania się zakażenia jest, aby sublimat był strąconym. Zawiesina zarodników, zmięszana z sublimatem i wstrzyknięta świnkom morskim, rzadko zakaża. Krew zmięszana z zarodnikami i sublimatem jest w wysokim stopniu zakaźną. Zarodniki wąglika, które jakiś czas leżały w sublimacie, nie rosną więcéj na pożywkach, w których prawidłowy wąglik jeszcze się przyjmuje. Przytem zachowują one swoje własności zakaźne. To samo spostrzegamy na prątkach wąglikowych, które leżały w sublimacie

lub karbolu. Jeżeli zmięszamy rozczyn odrażający z zawiesiną prątkową i zaszczepimy na pożywkach w przypuszczeniu równe ilości, to zmniejsza się z trwaniem desinfekcyi ilość kolonij. Wyniki szczepienia na hodowlach i zwierzętach nie zawsze się zgadzają. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 37). *Dr. Baschkopf.*

* **Epidemija influenzy w Petersburgu.** W ostatnim tygodniu m. października r. b. ukazały się w Petersburgu pierwsze przypadki nieżytu epidemicznego (influenza, nieżyt błyskawiczy, rosyjski); w pierwszych dniach m. listopada epidemija rozwinęła się i rozszerzyła szybko po całem mieście, tak że w krótkim czasie prawdopodobnie $^1/_3$ lub nawet połowa całéj ludności na chorobę tę zapadła i to żadnéj warstwy nie wyjąwszy. W szkołach brakowało 25—50% uczniów i nauczycieli, fabryki niektóre chwilowo wypadało zamknąć z powodu braku robotników, szpitale wojskowe były tak przepełnione, że żołnierze chorzy musieli pozostawać w koszarach. Choroba występuje w 3 postaciach: 1) w postaci czysto-nerwowéj, objawy podobne do rozpoczzynającego się duru; 2) nieżytu błony śluzowéj odetchów i 3) w postaci gastrycznéj. Z objawów szczególnych zauważano: *herpes labialis i nasalis, erythema, roseola, urticaria;* jako powikłania rzadkie: zadrażnienie błon mózgowych, *pneumonia catarrhalis,* która to ostatnia stała się przyczyną śmierci w małéj ilości przypadków, które dotąd śmiercią się zakończyły. — Z Moskwy, Kazania i Wilna donoszą również o pojawieniu się choroby, tak że zachodzi obawa przeniesienia się jéj wkrótce i na zachód Europy.

Choroba w mowie będąca nazwaną została: Influenza w r. 1742 przez lekarza angielskiego Pringera, w roku następnym Francuzi nazwali ją Grippe; ostatnim razem panowała w Petersburgu i Kurlandyi w roku 1857. Nazwa nieżytu rosyjskiego pochodzi od Schönleina, według którego choroba ta powstaje zawsze w Rosyi w równinach nad jeziorami Ładogą i Onegą. (*St. Petersb. med. Woch.* Nr. 46).

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** 5-go grudnia. Na wczorajszem posiedzeniu po odczytaniu protokółu oznajmił prof. Madurowicz o zawiązaniu się Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie. Następnie prezes oznajmił uchwałę komitetu co do jubileuszu prof. Jakubowskiego. Następnie kol. Pieniążek przedstawił chorego z mykozą migdałów i korzenia języka i chorą z twardzielem krtani. Prof. Cybulski okazał preparaty mikroskopowe zakończeń nerwów w mięśniach. W końcu Dr. Krokiewicz okazał preparat raka następowego nerki, moczowodu i pęcherza moczowego, powstałego po drażnieniu przez kamyk nerkowy. W dyskusyi brali udział koll. Zarewicz, Obaliński, Paszkowski, Harajewicz jun. i prelegent.

* W numerze przeszłym ogłosiliśmy konkurs, rozpisany przez Wydział krajowy na posadę prymaryjusza oddziału chorób kiłowo-skórnych dla kobiet przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, opróżnioną wskutek przeniesienia w stan spoczynku dotychczasowego prymaryjusza Dra Chądzyńskiego. Nie wiemy, kto o posadę tę się ubiega, lub ubiegać będzie, ale na brak zdolnych specyjalistów na szczęście uskarżać się nie możemy. Wydział krajowy daleko szukać nie potrzebuje; wszak ma we Lwowie samym pod okiem swojem w osobie Dr. Krówczyńskiego takiego specyjalistę, który od lat wielu składa dowody gruntownéj znajomości przedmiotu, któremu się poświęcił wyłącznie i z wielkiem zamiłowaniem, a licznemi pracami swojemi naukowemi wyrobił sobie stanowisko zaszczytne pomiędzy specyjalistami i piękne imię w piśmiennictwie naszem. Dodajmy do tego gorliwość dla chorych, wielką skromność i niezwykłą zacność charakteru, a bez przesady twierdzić możemy, że oddziałowi szpitalnemu we Lwowie takiego kierownika wypadałoby życzyć i powinszować.

* **Wiedeń.** N. Pan zezwolił, aby szpital powszechny nowo urządzony w dzielnicy X. m. Wiednia nazwano szpitalem Franciszka Józefa. — Przyszły Zjazd dla medycyny wewnętrznéj odbędzie się tutaj na wiosnę.

* **Warszawa.** Dr. Bron. Sawicki mianowany został profesorem w warszawskiéj szkole felczerów. — P. Cięgliński po obronieniu rozprawy otrzymał stopień doktora medycyny (*Gazeta Lek.*).

* **Stutgart.** Odsłonięty tu został pomnik dla Dra med. Roberta Mayera, lekarza w Heilbronn, który okrył się nieśmiertelną sławą przez odkrycie prawa o zachowaniu siły.

* **Francyja.** W nowéj Izbie deputowanych zasiada 48 lekarzy, 4 aptekarzy, 1 weterynarz i 1 technik dentystyczny.

* **Anglija.** Prof. Sir Erazm Wilson ofiarował na cele lekarskie w uniwersytetach angielskich olbrzymią sumę $2^1/_2$ milijonów złr.

* **Odznaczenie.** Radzca namiestnictwa i referent sanitarny w Tyrolu, Dr. Antoni Heinisch, przechodząc w stan spoczynku, otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Docenci prywatni Tillmaus i Landerer mianowani zostali proff. nadzw. — **Fryburg.** Dr. Sonntag habilitował się jako doc. położnictwa.— Prof Hager obchodził 25-letni jubileusz profesury swéj na tutejszéj wszechnicy.

* **Nekrologija.** W Jenie umarł dn. 30 listopada Ryszard Volkmaun. Urodzony 17 sierpnia 1834 r., syn znakomitego fizyjologa lipskiego, kształcił się w Hali, Giessen i Berlinie, był asystentem prof. Blasiusa w Hali; w roku 1857 habilitował się tamże jako docent chirurgii, w r. 1867 mianowany został prof. zwyczajnym chirurgii w Hali, w r. 1866 i 1870 był czynnym w wojnach jako jeneralny lekarz sztabowy; za zasługi otrzymał tytuł tajnego radzcy i szlachectwo pruskie. Z powodu bolesnego cierpienia nerwowego, które go trapiło od lat kilku, był zmuszony przed kilku miesiącami udać się do zakładu Binswangera w Jenie, gdzie umarł z zapalenia płuc. Uczony chirurg i znakomity operator obok prac fachowych i wydawnictwa zbioru odczytów, znanych pod jego nazwiskiem w całym świecie, pisał także poezyje i powieści pod przybranem nazwiskiem „Ryszard Leander". Zasługi jego wielkie koło chirurgii może oceni jeden z chirurgów naszych. Nauka straciła w nim jednego z pierwszorzędnych i wielce zasłużonych mistrzów.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Or. 59: Danielewicza: Smiertelność warszawska w roku 1888; Bujwida: Rys zasad bakteryjologii; Rauma: O wpływie światła na bakteryje (dok.). — W *Medycynie* Nr. 48. Hewelkego i Jakowskiego: Przypadki tyfusu wysypkowego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 48: Rydygiera: Nowy sposób chirurg. leczenia mięśniaków macicy; Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnéj przy chor. narządów płciowych kob. (c. d.); Jakowskigo: Niezwykły przypadek przewlekłéj nosacizny u człowieka (dok.).

Redakcyja otrzymała:

L. KRYŃSKI: O przyczynach ostrych zapaleń ropnych. (Odbitka z *Kroniki Lek.*), Warszawa 1889, in 8-vo, str. 93. — Prof. ADAMKIEWICZ: O zachowaniu się ciałek nerwowych w chorych nerwach. (Odbitka z *Nowin Lek.* 1889, in 8-vo str. 8. — Dr. A. JAWOROWSKI: Leczenie nowotworów za pomocą prądu stałego, stosowanego zewnętrznie. (Odbitka z *Gaz. Lek.*), Warszawa 1889, in 8-vo, str. 7. — Dr. BOGDANIK: Dwa rzadkie przyp. obrażenia klatki piers., wzgl. kręgosłupa. (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1889), in 8-vo, str. 4. — Dr. SYSAK: Przypadek zatrucia morfiną 6-miesiecznego dziecka. (Odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo, str. 3. — Sprawozdanie z czynności zarządu Towarzystwa biblijoteki uczniów Wydz. lek. Uniw. Jagiell. za rok szkolny 1888/89, Kraków 1889, in 8-vo, str. 19 z tablicami. — A. FABIAN: Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. (Odbitka z *Gaz. Lek.*), Warszawa 1889, in 8-vo, str. 34. — Tenże: Hemiglobinemija i hemoglobinuryja. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889), in 8-vo, str. 33.

Sprostowanie. W Nrze 44 podano, że lekarz Puppart otrzymał w Warszawie stopień doktora. Nazwisko wydrukowano błędnie; ma bowiem być Ruppert.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 926. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 13 listopada 1889 L. 49.057 wydanego wskutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 4 listopada 1889, rozpisuje się konkurs na posadę prymaryjusza oddziału kiłowo-skórnych dla kobiet przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady téj stałéj przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr., tudzież prawo do trzech dodatków pięcio-letnich po 200 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób syfilistycznych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy **do 24 grudnia 1889** na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Lwów, dnia 26 listopada 1889 r. 118—4—2

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 21 Grudnia 1889. Nr. 51.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1890 rok **dwudziesty dziewiąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	14 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	7 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	3½ „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót od cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Uderzającą jest również niezwykle wielka ilość zaćm przejrzałych, stanowią one bowiem połowę wszystkich przypadków. W trzech przypadkach przyspieszyłem dojrzałość zaćmy sposobem Förstera. W jednym z nich wydobyłem zaćmę w 5, w drugim w 10 tygodni późniéj, trzeci zgłosił się dopiero po półtora roku. Wynik ostateczny był we wszystkich pomyślny, dwoje z tych chorych odzyskało √ 6/24 trzecia √ 6/12. Ja sam wykonałem 281 operacyj, moi asystenci zaś Drowie Marcisiewicz i Sroczyński 51. Tylko w 7 przypadkach zaniechano irydektomii, we wszystkich innych uskuteczniono ją w sposób powyżéj podany.

Operacyja odbyła się zupełnie prawidłowo 265 razy (w 79·82%, według sposobu Graefego w 78·39%) w 67 zaś przypadkach (20·18%, w sposobie Graefego 21·61%) zaszły zboczenia mniéj lub więcéj ciężkie.

Uwzględniając okres rozwoju zaćmy okazuje się, że zboczenia zaszły w operacyjach zaćm:

dojrzałych	w 16%
przejrzałych z torebką wolną . . .	„ 18·99%
„ „ torebką zaćmioną . .	„ 34·92%
w zaćmach Morgagn.	„ 8·33%
niedojrzałych	„ 25·00%

Zaćmy niedojrzałe i przejrzałe z torebką zaćmioną są więc ze wszystkich najmniéj korzystne do operacyi tak dalece, że po ich wykluczeniu odsetka zboczeń w wykonaniu operacyi we wszystkich innych przypadkach wynosi tylko 16·21%, w tych zaś dwóch okresach zaćmy 32·91%, czyli że jest dwa razy większą. O ile zaś zboczenia w wykonaniu operacyi wpływają niekorzystnie na wynik ostateczny, okaże się poniżéj.

Zboczenia te były następujące:

1) Upływ ciałka szklanego wydarzył się w operacyjach:

zaćm dojrzałych	7	razy czyli w	4·66%
„ przejrzałych z torebką wolną	8	„ „ „	11·27%
„ „ „ zaćmioną	12	„ „ „	19·05%
„ „ Morgagniego .	1	„ „ „	4·17%

Operując więc zaćmy przejrzałe, zwłaszcza z torebką zaćmioną, okupujemy łatwość z jaką one z oka występują wielkiem niebezpieczeństwem upływu ciałka szklanego, jednéj z najcięższych, w zgubne następstwa płodnych przygód przebiegu operacyjnego. Ogółem wydarzył się upływ ciałka szklanego 28 razy na 332 operacyj, to jest w 8·43%, podczas gdy w operacyjach sposobem Graefego wykonanych wynosiła ta odsetka 9·78. Ten ostatni sposób operowania połączony więc jest z większem niebezpieczeństwem utraty ciałka szklanego, aniżeli wydobycie za pomocą cięcia płatowego obwodowego, co w części bardziéj obwodowemu położeniu ranki Graefego, w części jéj zbyt małéj zdolności rozdziawiania się przypisać należy. Ale powyższe liczby nie są bynajmniéj wiernym wyrazem stopnia tego niebezpieczeństwa w obu sposobach operowania. Odsetka bowiem 9·78% jest średnią z 736 operacyj sposobem Graefego wykonanych i wspomnianemi sprawozdaniami objętych. Bliższe rozpatrzenie się okazuje, że w pierwszych 319 operacyjach (sprawozdanie moje) odsetka ta wynosiła 10·97, w dalszych 308 (sprawozdanie Machka) zmniejszyła się tylko na 9·74; w ostatnich 109 (sprawozd. Marcisiewicza) na 6·42. Zmniejszenie się odsetki w drugich 300 przypadkach tylko o 1·23% w porównaniu z pierwszemi 300 przypadkami, odejmowało mi nadzieję dalszego, znaczniejszego jéj obniżenia się skutkiem coraz to większéj wprawy, bo zmniejszenie się jéj na 6·42% w ostatnich 109 przypadkach uważać musiałem za dzieło szczęśliwego trafu, który nas tak często w błąd wprowadza, gdy wnioski nasze na szczupłych opieramy liczbach. Inaczéj ma się rzecz z odsetką upływu ciałka szklanego w naszych 332 przypadkach operowanych za pomocą cięcia płatowego obwodowego. Wynosiła ona w pierwszych 106 operacyjach 14·15%, spadła w drugich 106 na 6·60%, aby w końcu, w ostatnich 120 operacyjach obniżyć się jeszcze na 5·00%. To nagłe zmniejszenie się odsetki więcéj niż o połowę już w drugich 106 operacyjach i dalsze, choć już mniéj znaczne obniżenie się jéj w ostatnich 120 nie może być ani dziełem przypadku ani skutkiem większéj wprawy, bo téj nie nabywa się nagle. Czynną tu oczywiście była inna przyczyna. Wspomniałem już mianowicie powyżéj, że w pierwszych 106 przypadkach wypierałem kataraktę z oka w sposób powszechnie używany suwając i naciskając łyżeczką po rogówce, w dalszych zaś operacyjach czyniłem to za pomocą palców i powiek. Otóż ta okoliczność tłumaczy to znaczne a tak nagłe i stałe zmniejszenie się odpływu ciałka szklanego. Z wyjątkiem Knappa, który (*Arch. f. Augenh.* T. XIX zeszyt 1, z r. 1888), mówiąc o wypieraniu zaćmy wyraża się mimochodem, że „należy łyżeczką lub brzegiem dolnéj powieki cisnąć wprost ku środkowi gałki ocznéj“ nie zdarzyło mi się, o ile pamiętam, nigdzie w bieżącem piśmiennictwie czytać, żeby który z operatorów wypierał zaćmę palcami i owszem wszyscy opisując ten zabieg mówią wyraźnie, że uskuteczniają go za pomocą łyżeczki. Powyższe liczby dowodzą, jak sądzę stanowczo, korzyści sposobu, którego od marca 1887 używam, a jego zaniedbanie wytłomaczyć się da chyba tą okolicznością, że operując przez długie lata sposobem Graefego nawyknięto do wypierania katarakty łyżeczką, a gdy następnie powrócono do cięcia płatowego zatrzymano ten sposób z przyzwyczajenia zapominając, że większa zdolność rozdziawiania się ranki płatowéj pozwala obchodzić się bez łyżeczki, a wypierać zaćmę sposobem używanym w dawnem wydobyciu płatowem, wpływającem według mojego doświadczenia tak korzystnie na odsetkę odpływu ciałka szklanego. Jak szkodliwie zaś ten ostatni wpływa na ostateczny wynik operacyi, wynika z tego, że z 28 przypadków, w których się to zboczenie wydarzyło, wynik był zupełnie pomyślny tylko w 19 (67·86%), pośledni w 7 (25/%), zły w 2 (7·14%).

2) Użycie narzędzi wyciągających. Uciekałem się do niego tylko w razie konieczności, która 27 razy (8·1%) zaszła. Najczęściéj wydarzyło się to w przypadkach zaćm przejrzałych, bo 21 razy na 166 operacyj (12·05%), podczas gdy na 150 zaćm dojrzałych zaszła ta potrzeba tylko 6 razy (4%). Ostrego haczyka wbitego w zaćmę od tyłu użyłem 15 razy, pętli Webera 11 razy, a łyżeczki Graefego 1 raz. W 13 przypadkach zmusił mnie do téj ostateczności poprzedni odpływ ciałka szklanego, w 12 zaś nadwichnięcie soczewki, a w 2 obfity krwotok do komórki przodkowéj i niemożność wyparcia zaćmy. W tych 14 przypadkach udało mi się wyciągnąć soczewkę już to pętlą Webera już też haczykiem 12 razy bez odpływu ciałka szklanego, a wynik ostateczny był we wszystkich zupełnie pomyślny.

3) Pozostanie szczątków zaćmy w oku. W 10 przypadkach zaćmy przejrzałéj z torebką zaćmioną i w 2 przypadkach zaćmy dojrzałéj wydobyłem soczewkę razem z całą nienadwerężoną torebką, 8 razy mianowicie bez utraty ciałka szklanego, 4 razy z miernym tegoż odpływem. Oprócz tych udało mi się oczyścić źrenicę dokładnie jeszcze w 257 a więc razem w 269 przypadkach (81·03%, według Graefego tylko w 73·98%), znaczniejsze szczątki pozostały w 12 (3·61%, według Graefego w 4·48%), drobne w 51 przypadkach (15·36%, według Graefego w 21·63%). Cięcie płatowe obwodowe usprawiedliwiło więc, według mojego doświadczenia, w zupełności nadzieję, opierającą się na wywodach teoretycznych, że w porównaniu z cięciem obwodowem linijowem Graefego ułatwi dokładne, a tak ważne oczyszczenie źrenicy ze szczątków zaćmy. Zawdzięcza ono zaś tę wyższość większéj zdolności rozdziawiania się ranki, skutkiem któréj nietylko zaćma łatwiéj w całości, bez oderwania się okruchów występuje, ale nadto w razie pozostania szczątków ich wydalenie na nierównie mniejsze napotyka trudności.

Oprócz tych zboczeń wydarzył się znaczniejszy krwotok do komórki przodkowéj 11 razy, a w 2 przypadkach musiałem rankę nożyczkami powiększyć. W jednym z nich mianowicie staruszka 80-letnia rzuciła głową, mimo jéj ustalenia, tak silnie a niespodziewanie, że nożyk już po wykłuciu z oka wyskoczył, co mnie do ukończenia cięcia nożyczkami zmusiło. U drugiéj kobiety wypadło cięcie z mojéj winy za małe, a trudne z tego powodu występowanie zaćmy zniewoliło mnie do powiększenia ranki nożyczkami. Zboczenie to uszło w obu przypadkach bezkarnie.

Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowym w 225 przypadkach (67·77%) w 107 zaś (32·23%) zaszły mniéj lub więcéj znaczne zboczenia sprawy gojenia.

1) Pęknięcie ranki z mniéj lub więcéj obfitym krwotokiem do komórki przodkowéj wydarzyło się 12 razy (3·61%) a mianowicie skutkiem przypadkowego uderzenia się chorego w oko między 3-cim a 11-tym dniem 10 razy, raz dopiero w 20 tym dniu po operacyi, w jednym zaś przypadku 6-go

dnia skutkiem silnego kichnięcia W 9 przypadkach wydarze nie to nie pociągnęło za sobą żadnych następstw szkodliwych, w 2 lekkie zapalenie tęczówki z wytworzeniem się paru przyczepin nitkowatych bez widocznéj szkody dla wzroku, u jednego zaś mężczyzny, który trzeciego dnia po operacyi zerwał sobie zupełnie opatrunek i uderzył się silnie w oko, rozwinęło się ropne zapalenie rogówki, a następnie tęczówki i ciałka rzęskowego z zanikiem gałki ocznéj i utrzymaniem słabego tylko poczucia światła. Od czasu jak zabezpieczam oko maską drucianą wydarzyło się urazowe pęknięcie ranki na 70 z górą przypadków tylko raz jeden i to z winy lekkomyślnego chorego, który maskę z oka usunął i w nie się uderzył.

2) Lekkie zapalenie tęczówki zlepne (*iritis adhaesiva*) z wytworzeniem się jednéj lub pary, zazwyczaj nitkowatych przyczepin tylnych bez szkodliwych następstw wystąpiło 60 razy (18·07%) Często prócz tego była źrenica w pierwszych dniach nieregularną z powodu przyczepin, które się następnie pod wpływem atropiny porozrywały.

3) Silne zapalenie tęczówki ze zmętnieniem cieczy wodnéj i wypociną w źrenicy wystąpiło wszystkiego 5 razy (w 1·51%, po operacyi Graefego zaś w 3·03%). W 3 z tych przypadków przyszło do częściowego, w 2 do całkowitego zarośnięcia źrenicy. Tylko u jednéj z tych chorych rozdarłem późniéj błonę rzekomą sposobem Bowmana, skutkiem czego wzrok z √5/60 poprawił się na √6/36, u czworga zaś nie przyszło do operacyi następowéj, już to z powodu, że ją odrzucili, już też że opuścić musieli klinikę zbyt wcześnie, a późniéj się nie zgłosili. U wszystkich tych wynik był pośledni (√2/60, 3/60, 4/60 i 5/60), ale poprawa jego nie ulegała, wobec korzystnych warunków, prawie żadnéj wątpliwości.

4) Zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego w 2 przypadkach plastyczne, w 6 ropne. Zapalenie plastyczne rozwinęło się w jednym przypadku po operacyi zaćmy przejrzałéj z torebką wolną. Podczas wypierania soczewki chory ścisnął powieki niespodziewanie a tak silnie, że zaćma wyskoczyła z oka, a w ślad za nią' nastąpiła obfita utrata ciałka szklanego. W oku tem utrzymało się wprawdzie poczucie światła, ale wyraźne objawy zaniku nie pozostawiały żadnéj nadziei przywrócenia wzroku. W drugim przypadku podtrzymywało wrośnięcie torebki w rankę po operacyi zupełnie prawidłowéj zaćmy dojrzałéj objawy dość łagodnego, ale bardzo uporczywego zapalenia plastycznego, które się ostatecznie dość pomyślnie, bo odzyskaniem √6/60 ukończyło. Chory 76-letni starzec, mając już opuścić klinikę zapadł na zapalenie płuc, które się śmiercią ukończyło.

We wszystkich 6 przypadkach ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego rozpoczęła się sprawa chorobowa od ropnego nacieku w ranie rogówkowéj, w 5 z tych przypadków skutkiem zakażenia pierwotnego, gdyż już nazajutrz po operacyi wystąpiły pierwsze objawy chorobowe, w szóstym zaś, już powyżéj wspomnianym przypadku, skutkiem zakażenia wtórorzędnego, gdy sobie chory po trzech dniowym przebiegu prawidłowym rankę rozerwał. Wszyscy ci chorzy opuścili klinikę wprawdzie z mniéj lub więcéj dobrem poczuciem światła, ale wyraźne oznaki zaniku gałki ocznéj odejmowały wszelką nadzieję przywrócenia wzroku. U jednego z nich utrzymało się nawet zrazu poczucie światła na 6 metrów z dobrą zdolnością lokalizacyi, ale mimo to dwukrotna irydotomia pozostała bez skutku. W innym wypaliłem naciek rogówkowy bardzo energicznie galwanokauterem nie udało mi się przecież zapobiegnąć rozszerzeniu się sprawy chorobowéj na tęczówkę i ciałko rzęskowe, jak sądzę z powodu, że ten zabieg zapóźno uskuteczniłem.

5) Ropne zapalenie całéj gałki ocznéj wydarzyło się tylko raz jeden u 60-letniego izraelity po idealnie prawidłowem wydobyciu zaćmy Morgagniego bez irydektomii.

6) Krwotok do ciałka szklanego u 58-letniego mężczyzny z zaćmą Morgagniego powstał podczas operacyi z równoczesną znaczną przepukliną ciałka szklanego, które jednak nie odpłynęło. Nazajutrz był opatrunek krwią przesiąkły, ranka mocno rozdziawiona, cała źrenica krwią zalana, po któréj wessaniu późniéj wydobywał się z głębi oka mocno czerwony odblask. Chory ten stracił zupełnie poczucie światła.

7) Opadnięcie tęczówki w rankę wydarzyło się 21 razy (6·33%), mianowicie na 7 przypadków wydobycia bez irydektomii 3 razy (42·85%) na 325 operacyj z irydektomią 18 razy (5·54%). Nie myślę oczywiście bynajmniéj wyprowadzać z tych liczb wniosku, że w razie zaniechania irydektomii opadnięcie tęczówki wydarza się prawie w połowie przypadków, przekonany owszem jestem, że ta zbyt wysoka odsetka zmniejszyłaby się bardzo znacznie w razie częstszego wykonywania operacyi bez irydektomii. Ale jeżeli Knapp (*Archiv f. Augenh.* XIX. Band 1 Heft) w pierwszéj setce operacyj bez irydektomii miał 12, w drugiéj setce (l. c. XX. B. 3 Heft) 6 przypadków, a więc średnio 9% opadnięcia tęczówki, to moja odsetka 5·54% przemawia stanowczo za systematycznem wykonywaniem irydektomii. Dodać nadto muszę, że prowadząc cięcie już w saméj rogówce, na 1 do 1·5 mm od jéj brzegu, jak to od października b. r. czynię, mam nadzieję jeszcze dalszego zmniejszenia się téj odsetki, skoro na 33 przypadki w ten sposób operowane opadnięcie tęczówki nie wydarzyło się ani razu. Na 21 przypadków opadnięcia odciąłem tęczówkę nożyczkami 4 razy, w 4 innych przypadkach odpaliłem ją galwanokauterem, któremu co do pewności i szybkości skutku dałbym pierwszeństwo, w 13 przypadkach pozostawiłem zabliźnienie siłom przyrody. We wszystkich nastąpiło ostatecznie zabliźnienie płaskie, a wynik co do wzroku był w 19 dobry, w 2 zaś pośledni (w obu √5/60).

Nie zaliczam wcale do zboczeń w sprawie gojenia prążkowanego zaćmienia rogówki, które w przeważnéj większości przypadków, choć w stopniu rozmaitym występuje. Nie jest ono zdaniem mojem wyłącznie skutkiem działania sublimatu na tkaninę rogówkową, lecz w części, choć może mniejszéj, także skutkiem ugniatania rogówki podczas operacyi. Sądzę tak dla tego, że je spostrzegałem i dawniéj, kiedy nie używałem sublimatu lecz kwasu borowego, a powtóre z powodu, że od czasu jak soczewkę wypieram powiekami zamiast łyżeczką, bywa ono w ogólności słabsze Zaćmienie to ustępowało zazwyczaj dość szybko tak, że w chwili występowania chorych z kliniki około 14-go dnia było najczęściéj już nieznaczne albo nawet rogówka zupełnie czysta; w kilkunastu jednak przypadkach, w których wystąpiło w stopniu wyższym niż zwykle, rogówka wyjaśniała się zwolna, a zaćmienie jéj, utrzymujące się jeszcze w dniu wyjścia, wpływało szkodliwie na bystrość wzroku, która też późniéj podnosiła się jeszcze znacznie.

Nie zaliczam również do zboczeń sprawy gojenia późnego przywracania się komórki przodkowéj. Spostrzegałem je w 9 przypadkach, 3 razy mianowicie przywróciła się komórka 3-go, po 2 razy dopiero 6, 7 i 8-go dnia po opera-

cyi. Mimo tak długiego otwarcia ranki nie nastąpiło szczęściem ani razu jéj zakażenie, a wszyscy ci chorzy odzyskali wzrok dobry, 2 mianowicie $\sqrt{6/60}$, a reszta znacznie lepszy.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Ósmy przypadek wrodzonego torbiela oczodołowego.

Podał

Dr. J. Talko w Jarosławlu n/W.

Do opisu poprzednio spostrzeganych przezemnie przypadków téj wrodzonéj wady oka, które ogłosiłem w *Medycynie* (1876 i 1879), w sprawozdaniach Tow. oftalmicznego w Hejdelbergu (1879) i międzynarodowego kongresu okulistów w Medyjolanie (1881), dołączam obecnie przypadek 8-my spostrzegany w Jarosławlu nad Wołgą.

Włościanka 42-letnia, wielko-rosyjanka, przybyła do ziemskiego szpitala z powodu urazowego owrzodzenia rogówki lewéj, wywołanego ukłuciem podczas żniwa. Zwrócono uwagę, iż w odpowiedniem miejscu brakuje prawéj gałki ocznéj, która na pozór istniała, jak zwykle w tych razach, pod dolną powieką. Ta ostatnia była nieco wydęta i okazywała słabe sinawe zabarwienie, które u dzieci mających cienką skórę powiek, zawsze tę anomaliję cechuje. Brzeg wolny powieki dolnéj wywrócony na zewnątrz (*ectropion*). Pod powieką namacać można torbiel elastyczny wielkości dużego laskowego orzecha, sięgający wzdłuż dolnéj ściany oczodołu w jego głąb i pokryty dość zgrubiałą spojówką, po której trą rzęsy powieki górnéj nie mającéj podstawy oparcia. Spojówka odpowiednio do tylnéj części torbiela tworzy zatokę, jak po enukleacyi gałki, z tą tylko różnicą, że w środku w głębi widać w niéj wązki kanał, przez który (po uniesieniu ku górze górnéj powieki) wprowadzona sonda dochodzi do twardego ciała. To ostatnie wymacać można i małym palcem, ma ono wielkość ziarna grochu i wykonywa ruchy synergiczne z lewą gałką oczną: była to powstrzymana w rozwoju prawa gałka oczna, mająca łączność, acz bezpośrednią, z wrodzonym torbielem, którego treść była surowiczą.

Na przypadku tym stwierdzono wszystko, co poprzednio wyrzekłem o téj rzadkiéj wadzie wrodzonéj oka. Ciekawy on jest jeszcze i pod tym względem, że do téj pory prawie zawsze spostrzegano ją u dzieci nowo-narodzonych lub kilko letnich. Obecnie osoba mająca tę wadę oka liczy lat 42. Myśmy ten torbiel widzieli dotąd tylko u polskich dzieci, nie znając ani jednego przypadku u żydów. W literaturze rosyjskiéj znamy tylko trzy przypadki: obustronny torbiel u dziecka opisał Dr. Skrebicki a Dr. Ewetzky widział jednostronny torbiel u jednego dziecka przy *anophthalmus* a u drugiego przy *mikrophthalmus*, połączony z *coloboma iridis et chorioideae*.

W odczycie moim na kongresie medyjolańskim przytoczyłem 3 hypotezy formowania się u płodu tych torbieli (Hoyer, Wicherkiewicz i Manz). Dr. Ewetzky nazywa je „otorbionemi kolobomami gałek ocznych“, jak to chce van Duyse (*colobomes enkystés*). W ciekawéj swéj rozprawie o tym przedmiocie drukowanéj w czasopiśmie *„Wiestnik oftalmologii“* (1886) Dr. E. zebrawszy 22 znanych w literaturze przypadków przyłącza się do hypotezy wypowiedzianéj przez Arlta (opartéj na anatom. badaniu Wallmana) i potwierdzonéj przez Manza, iż torbiele te u płodu formują się wskutek niezarastania szpary embryjonalnej gałki ocznéj, miejsce więc to jako *locus minoris resistentiae*, ulegając ciśnieniu ciałka szklanego, rozszerza się w postaci torbiela, który się rozrasta w kierunku najmniejszéj przeszkody, względnie dolnéj powieki. Torbiele te z czasem zupełnie się oddzielają od gałek ocznych, zwykle powstrzymanych w swym rozwoju, łącząc się z niemi za pomocą zrostu lub sznurka tkanki łącznéj. Za tą hypotezą zdają się silnie przemawiać przypadki jednoczesnego istnienia w gałkach ocznych mikroftalmicznych *coloboma iridis*, naczyniówki lub pochwy naczynia wzrokowego, przypadki Arlta, Snellena, Dra van Duyse i Ewetzkiego. Zbadawszy ściankę torbiela w jednym przypadku Dr. E. przyszedł nawet do wniosku, że zewnętrzna jéj warstwa przypomina nieco budowę twardówki, a wewnętrzna — siatkówki, o czem obszernie rozpisał się w swéj rozprawie inauguracyjnéj, przekonywając o tem czytelnika rycinami miskroskopowemi.

Opisany obecnie 8-my przypadek wrodzonego torbiela gałki ocznéj obserwowałem razem z Drem Kacaurowem, który mi go łaskawie przedstawił. Demonstrowałem go w tutejszem towarzystwie lekarskiem.

III. Prof. Adamkiewicz i jego ciałka nerwowe.

Podał

prof. Cybulski.

W sprawach naukowych dyskusyja i krytyczne zastanawianie się nad faktami lub zjawiskami, nad metodami, za pomocą których te zjawiska są spostrzegane lub badane, są jedyną rękojmią postępu, jedyną drogą, prowadzącą umysł ludzki do prawdy. Warunkiem jednak koniecznym, ażeby dyskusyja była dla nauki pożyteczną, są trzy następujące wymagania, którym w każdéj dyskusyi powinno być czynione zadość. Po pierwsze dyskutującym powinno zależeć wyłącznie tylko na wyświeceniu prawdy, powtóre przedmiotem dyskusyi muszą być tylko fakty przez dyskutujących podawane, lub hypotezy i zdania o tych faktach. Po trzecie faktom powinny być przeciwstawiane fakta, a nie słowa lub syllogizmy. W ogóle przedmiot dyskusyi powinien być zupełnie oddzielony od osób biorących udział w dyskusyi. Gdy tylko dyskusyja wykracza przeciwko tym regułom, traci zupełnie charakter dyskusyi naukowéj i znaczenie jéj dla nauki jest żadne. Wprawdzie może ona na razie na umysły mało krytyczne i płytkie wywrzeć pewien wpływ, lecz w ogóle w nauce pozostaje bez śladu i idzie prędko w niepamięć. Wyjaśnienie prawdy nic nie zyskuje, zostaje zmarnowany czas i papier.

Odpowiedź prof. Adamkiewicza, umieszczoną w Nrach 49 i 50 *Przegl. Lek.* z przykrością muszę zaliczyć do téj ostatniéj kategoryi. Nie tylko bowiem autor faktów nie przeciwstawia faktom, lecz nadto co chwila wkracza na pole osobistych wycieczek przeciwko mnie, posługuje się wyłącznie dyjalektyką przy zestawieniu wyrwanych z rozmaitych miejsc mojéj pracy zdań, nadaje im zupełnie inne znaczenie niż to, które one miały w swojem miejscu, w związku z innemi zdaniami itp. Oczywiście, że dyskuja tego rodzaju jest dla nauki bezowocną, a nawet powiem szkodliwą i demoralizującą, jak wszelki zły przykład.

Samo się przez się rozumie, że w odpowiedzi niniejszéj nie mam żadnego zamiaru kroczyć drogą przez prof. Adamkiewicza obraną, że pozostawiam wszelkie osobiste wycieczki bez odpowiedzi, jako nie mające związku żadnego z nauką, a pozwolę sobie tylko w krótkich słowach co do niektórych faktów i zdań, w odpowiedzi prof. Adamkiewicza podanych, dać pewne wyjaśnienie, co do innych, które z dzisiejszym stanem nauki nie są zgodne, wprowadzić pewne poprawki, a w końcu odpowiedzieć na niektóre zapytania.

Zadanie moje jest tem łatwiejsze, że rzecz sama dla każdego nieuprzedzonego człowieka, który sprawą się interesował, albo tylko przeczytał ostatnią odpowiedź profesora Adamkiewicza, musi być dość jasną już na podstawie tego historycznego przebiegu, który się w odpowiedzi znajduje. Prawie przed pięciu laty prof. Adamkiewicz opisuje nowy składnik włókna nerwowego ludzkiego, mianowicie jego osłonki rdzennéj; składnik ten miał być dużą komórką, do 40 μ długą, i był przeoczony przez wszystkich badaczy do tego czasu. Od téj chwili upływa cztery i pół lat i ani jeden histolog komórki téj nie chce widzieć, ani jeden nie chce oddać słuszności temu odkryciu. Co gorzéj, jedni, jak Krause, Ławdowski, a w końcu w ostatnich czasach Kölliker do takiego stopnia tą sprawą się nie interesują, do takiego stopnia są pewni siebie, a mają po temu pewne powody ze względu na fakty z zakresu histogenetycznego rozwoju nerwów, że

z góry oświadczają, iż odkrycie to jest tylko następstwem omyłki, którą prof. Adamkiewicz popełnił, biorąc jeden ze znanych składników włókna nerwowego za rzecz zupełnie nową, albowiem w nerwach zwierzęcych lub ludzkich żadnych nowych komórek nie ma i być nie może. W pracy swojéj poprzedniej [1]) przytoczyłem zdania dwóch pierwszych autorów; w tem miejscu zmuszony jestem przytoczyć zdanie trzeciego, o którym prof. Adamkiewicz twierdzi, że „aż trzy przypuszczenia robi w celu ich tłumaczenia." — Oto co powiada Kölliker [2]): „In neuster Zeit beschreibt Adamkiewicz unter dem Namen „Nervenkörperchen" Zellen, die zwischen Schwann'scher Scheide und Mark liegen sollen, von denen so sonderbares gemeldet wird, dass mit Sicherheit hervorgeht, das entweder Verwechslungen mit Kernen der Schwann-schen oder Henle'schen Scheide oder Kunstprodukte vorlagen. Oder was soll man anderes sagen, wen man erfährt, dass diese Körperchen nur beim Menschen erst von der Pubertät an und so zusagen nur an groben Nervenfasern vorkommen!"

Z przytoczonego ustępu widzimy, że tu nie ma mowy o tłomaczeniu odkrycia prof. Adamkiewicza. Autor stanowczo zaprzecza istnienia jakichkolwiek nowych komórek w nerwie i wyjaśnia tylko, że ów nowy składnik włókna nerwowego może być albo jednym ze znanych składników nerwu, który prof. Adamkiewicz przez omyłkę przyjął za coś nowego, albo produktem sztucznym.

Druga kategoryja histologów rzeczywiście czyniła poszukiwania podług metody prof. Adamkiewicza. Tak postąpili Vignal, Benda i Jakobi [3]), którego prof. Adamkiewicz, nie wiem dla czego w liczbie swoich przeciwników „niszczycieli ciałek nerwowych" nie podaje. Ci trzéj nie tylko zaprzeczyli istnienia ciałek nerwowych, ale jednomyślnie przyszli do przekonania, że ciałka prof. Adamkiewicza są wprost zwykłemi komórkami Schwanna. Wypada jednak zaznaczyć, że autorowie ci, o ile z prac ich wnosić można, wnioski swoje oparli tylko na téj podstawie, że w nerwach ludzkich nic innego nie znaleźli, jak to co było znanem, i że komórki Schwanna swym kształtem i położeniem zupełnie odpowiadały ciałkom prof. Adamkiewicza; takiego jednak zabarwienia tych ciałek safraniną, o jakiem pisał prof. Adamkiewicz, nie otrzymali.

Z powodu tych autorów muszę podnieść inną niedokładność, którą popełnił prof. Adamkiewicz. Mówiąc o Vignalu powiada: „On nie widzi nic nowego w nerwach, które badał według mojéj metody, twierdzi on, że półksiężyce, które ja opisuję, powstają jedynie wskutek procedury stwardnienia, przezemnie używanéj i nie są niczem innem, jak tylko skrzepnięciami między pochewką a istotą rdzenną." A ztąd wniosek, że zdanie Vignala... nie potrzebowało być szeroko odparte, gdyż skutkiem skrzepnięcia nie mogłyby powstać nowe komórki z jądrami i pierwoszczem. Tymczasem Vignal nie był nigdy tak naiwnym i zdanie swoje wypowiada zupełnie inaczéj; na nieszczęście nie mogę przytoczyć słów Vignala, gdyż obecnie nie posiadam jego rozprawy, ale natomiast pozwolę sobie przytoczyć cytatę z referatu p. Zandera [4]) z pracy Jakobiego: „Zwischen zwei Schnürringen besitzt die Schwann'sche Scheide immer nur einen Kern, und Adamkiewicz, der in einem kurzen Stückchen einer Faser fünf Kerne abbildet, hat wohl die Kerne der Henle'schen Scheide mitgerechnet. Die „Nervenkörperchen" von Adamkiewicz habe Vignal richtig als das den Kernen der Schwann'schen Scheide anliegende Protoplasma erkannt."

Widzimy więc, że Vignal wbrew temu, co o nim twierdzi prof. A., uznaje ciałka nerwowe, podobnie jak i Jacobi, za zwykłe komórki Schwanna.

Również pewne nieporozumienie zaszło u prof. Adamkiewicza w sprawozdaniu z pracy Bendy, o którym mówi: „...autor ten oświadcza, że ciałka moje nerwowe są identyczne z ciałkami, które Ranvier opisał jako *noyaux du segment interannulaire*," przytem ani jednem słowem nie nadmienia, że *noyaux interannulaires* Ranvier nazywa zwykłe komórki Schwanna, a to ze względu, że one leżą we włóknie nerwowem między dwoma przewężeniami w równéj odległości. Nazwa ta została przyjętą i w tłomaczeniu niemieckiem Ranviera. Jest-to więc tylko synonim jąder Schwanna i nic więcéj; tymczasem z rozprawy prof. Adamkiewicza wypada, jakoby Ranvier jakieś nowe komórki w nerwach opisywał.

Wszyscy więc trzéj badacze zupełnie niezależnie przyszli do tego samego wniosku, że „ciałkami nerwowemi" prof. Adamkiewicz nazwał znaną od dawna komórkę Schwanna.

Jakkolwiek więc prof. Adamkiewicz w odpowiedzi swéj jest przekonania, że ciałka Schwanna każdy początkujący winien rozpoznać, z czem najzupełniéj się zgadzam, to jednakże jak widzimy ich nie rozpoznał i przyjął je za rzecz nową i nieznaną. Wyjaśnienie tego błędu znajdujemy w tem, że pojęcia prof. Adamkiewicza o ciałkach Schwanna są odmienne od przyjętych obecnie przez wszystkich histologów. Nie tylko bowiem w pracach poprzednich, ale i w ostatniéj odpowiedzi uważa te ciałka za twory interstycyjalne; na dowód przytaczam jego zdanie: „Co do jąder pochewki Schwanna, jako tworów interstycyjalnych, musielibyśmy otrzymać zupełnie coś przeciwnego."

Z przytoczonego ustępu widzimy, że najsamprzód profesor Adamkiewicz jest zdania, iż pochewka Schwanna posiada jądra, podczas gdy w téj szklistéj, bezpostaciowéj błonce żadnych jąder nie ma, powtóre, że jądra te należą do tkanki intersticyjalnéj. Tymczasem już w histologii Ranviera [1]) z r. 1877 mógł prof. Adamkiewicz się przekonać, że jądro to leży w osłonce rdzennéj. Oto co mówi Ranvier o tem jądrze: „Jedes interannuläre Segment besitzt einen Kern, der beinahe in gleicher Distanz von jedem der zunächst gelegenen Schnürringe sich findet.... er ist leicht abgeplattet (a więc nie okrągłe) besitzt ein Kernkörperchen (to widzimy na rycinie prof. Adamkiewicza), und sitzt in einem Ausschnitt der Markscheide, den er nicht vollständig ausfüllt. Zwischen demselben und dem Mark ist eine Protoplasmaanhäufung vorhanden, die sich unter der Schwann'schen Membran ausbreitet;" a daléj: „endlich zeigen sich in dieser Protoplasmamasse Myelintröpfchen, die sich mit Osmium färben." Zdaje mi się, że stąd tylko jeden może być wniosek, że ciałko Schwanna leży pod osłonką Schwanna w osłonce rdzennéj, to jest zupełnie tak, jak prof. Adamkiewicz umiejscawia swoje ciałka nerwowe. Jeżeli więc podług terminologii prof. Adamkiewicza w nerwach, wszystko co nie jest włóknem osiowem, jest tkanką intersticyjalną, to i jego ciałko i osłonkę rdzenną wypadało dla konsekwencyi zaliczyć także do téj saméj kategoryi.

Jednak ten sam Ranvier podług. prof. Adamkiewicza podziwia ciałka nerwowe; na jego opiniję jedynie prof. Adamkiewicz się powołuje. Jakież dowody przytacza? Oto kilka słów, które Ranvier miał wyrzec, widząc półksiężyce prof. Adamkiewicza na poprzecznych skrawkach, wobec trzeciéj osoby, któréj nawet nazwiska prof. A. nie uważał za stosowne podać. Czyż to może być uważane za dowód naukowy, jeśli z licznych prac, które z pracowni Ranviera wychodzą, prof. Adamkiewicz nie zdołał przytoczyć ani jednéj na poparcie swojego odkrycia? To powołanie się na Ranviera musi się wydać tem bardziéj dziwnem, że w ostatnim zeszycie swojéj techniki histologicznéj, w którym znajdujemy opis budowy korzeni rdzenia (stronica 957), nie znajdujemy najmniejszéj wzmianki ani o prof. Adamkiewiczu, ani o jego ciałkach nerwowych.

Moje osobiste badania nad nerwami posunęły sprawę o krok daléj. Na licznych preparatach z nerwów trupów ludzkich otrzymałem ciałka Schwanna nie tylko co do kształtu i wielkości, ale i pod względem zabarwienia w safraninie zupełnie identyczne z ciałkami, które widziałem nie tylko na rycinach, ale i preparatach prof. Adamkiewicza.

Nadto na kilku nerwach, (które nie wiem dlaczego prof. Adamkiewicz uważa za jedyny materyjał), otrzymanych z osób

[1]) *Przegląd Lekarski* 1888, Nr. 46, 47, 49.— [2]) *Handbuch der Gewebelehre des Menschen* 1889, str. 156.— [3]) *Zum feineren Bau der peripheren markhaltigen Nervenfaser.* Würzburg 1886. — [4]) *L. Ranviers technisches Lehrbuch der Histologie. Leipzig* 1877, str. 683.

[1]) *L. Ranviers Technisches Lehrbuch der Histologie* Lipsk 1888.

żywych, przekonałem się, że safranina barwi ciałka Schwanna inaczéj, aniżeli w nerwach martwych. Fakt ten dawał podstawę do przypuszczenia, że zabarwienia pomarańczowego w ciałkach Schwanna nie otrzymujemy także w nerwach zwierząt, być może wskutek tego, że do badania bierzemy nerwy albo w stanie żywym, albo prędko po śmierci, która zwykle bywa następstwem przyczyn nagłych, a nie jest następstwem stopniowego osłabienia ustroju, jak to ma miejsce u ludzi; podałem więc fakt i wypowiedziałem hypotezę, która musi być stwierdzoną za pomocą nowych badań. Prof. Adamkiewicz przeciwko temu faktowi nie przytacza ani jednego spostrzeżenia, ani jednego faktu; natomiast rzuca podejrzenie, że nerwy, o których powiadam, iż barwiłem w safraninie, mają wejrzenie barwionych w karminie. Jest to co najmniéj sposób polemiki w nauce dodziś dnia niepraktykowany.

Przy téj sposobności odpowiem także na zapytanie prof. Adamkiewicza, dla czego nie sporządzałem i nie rysowałem otrzymanych ciałek na poprzecznych przekrojach nerwów. Odpowiedź krótka: dlatego, aby nie popełnić błędu, który już raz został popełniony przez prof. Adamkiewicza. Najprzód bowiem przy badaniach histologicznych nigdy nie można się ograniczać wyłącznie do jednego przekroju, a powtóre przy badaniu pojedynczych składników tkanek, przy oznaczeniu ich kształtów, własności, potrzeba mieć te składniki izolowane, nerw zaś izolowany można badać tylko przy ułożeniu podłużnem. Że ryciny moje przypominają, być może, ryciny Ranviera, oświadczenie to prof. A. sprawia mi rzeczywiście wielką przyjemność. Przecież inaczéj być nie mogło, jeśli ryciny te przedstawiają to, co przedstawiał Ranvier. Zaprzeczyć jednak muszę, ażeby zabarwienie ich w czemkolwiek przypominało preparata Ranviera barwione w karminie: w karminie się barwi przeważnie jądro na czerwono, protoplazma zaś zostaje tylko słabo różowe; tymczasem na moich rycinach jądro jest zabarwione słabo fioletowo, a protoplazma na żółto czerwono. Preparata, z których ryciny były robione, miał prof. Adamkiewicz sposobność oglądać na Zjeździe przyrodników polskich lub w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem. Mógłby się przytem przekonać, że i pod względem zabarwienia ciałka Schwanna w moich preparatach niczem się nie różniły od jego ciałek nerwowych, mimo, że nerwy były przygotowane za pomocą kwasu nadosmowego.

Kończąc tę odpowiedź ze względu, że wszystkie inne przedmiotowe zarzuty zostały uwzględnione w méj poprzedniéj pracy, nie mogę nie wyrazić zdziwienia, że prof. Adamkiewicz mianowicie tę drogę dyskusyi obrał, podczas gdy miał inną, krótszą, a niewątpliwie bardziéj skuteczną. Wszak wystarczało przygotować jeden jedyny preparat z jednego tylko włókna nerwowego i pokazać go w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, mówiąc: „oto Panowie dwa przewężenia Ranviera, między niemi w środku wrzecionowata komóreczka wewnątrz osłonki Schwanna leżąca, jest to komórka Schwanna, *„noyau interannulaire, Markkern“*, a oto na prawo, czy na lewo (nie wiem gdzie) moje ciałka nerwowe.“ Wszak taki jeden preparat wystarczałby, aby od razu wszystkich przekonać, aby wszystkich przeciwników „zniszczyć.“ Lecz prof. Adamkiewicz tego nie uczynił, i śmiało mogę twierdzić, nie uczyni, gdyż w nerwie dokładnie izolowanym żadnego ciałka nowego, prócz zwykłéj komórki Schwanna, nie znajdzie[1]).

IV. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał

docent Dr. Rudolf Trzebicky.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

73. Chaim E., handlarz jaj, lat 40 liczący, z Podgórza cierpi od kilkunastu lat na uporczywe krwotoki z licznych drobnych guzów. Operacyja 11/10 1887. Przebieg prawie zupełnie bezgorączkowy na drugi dzień 38·2°). Zatrzymanie moczu przez 3 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

74. Natan T., kupiec, lat 45 liczący, z Tarnowa, cierpi od kilkunastu lat na hemoroidy. Operowany przed 14 laty za pomocą ligatury ze skutkiem przemijającym. Liczne duże guzy. Operacyja 22/12 1887. Przebieg prawidłowy. Obecnie zupełnie zdrów.

75. Schie S, gospodarz, lat 40 liczący, z Rzek, mimo kilkoletnich krwotoków nie zbyt niedokrewny. Liczne drobne guzy. Operacyja 1/2 1888. Przebieg bezgorączkowy. Pacyjent przez dłuższy czas cierpiał na przypady nieżytu pęcherza, wywołanego przez stosowanie cewnika po operacyi. Obecnie zupełnie zdrów (list z 29/9 1889).

76. Hirsch H., kupiec, z Turki, lat 50 liczący. Hemoroidy od lat kilkunastu. Liczne duże guzy. Operacyja 24/4 1888 r. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

77. Eige S., lat 30 licząca z Przemyśla, bardzo niedokrewna wskutek długoletnich krwotoków z dużych i licznych guzów. Operacyja 7/5 1888. Przebieg bezgorączkowy. Obecnie zupełnie zdrowa.

78. Jonasz V., pisarz pokątny, lat 39 liczący, z Krakowa, bardzo niedokrewny wskutek uporczywych krwotoków lat przeszło 20 trwających. Operacyja 17/5 1888. Przebieg bezgorączkowy. Niemożność oddawania moczu przez 8 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

79. Rafał P., kupiec, lat 27 liczący, z Tarnowa, bardzo niedokrewny. Wybitnych guzów brak, przy każdym stolcu wypadają jednak liczne sine obrzękłe fałdy błony śluzowéj. Operacyja 18/5 1888. Przebieg prawidłowy, przez dwa dni stosowano cewnik. Wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

80. Aron S., lat 38 liczący, kramarz, z Leżajska. 4 duże guzy, uporczywe krwotoki. Operacyja 31/5 1888. Przebieg prawidłowy, cewnik raz tylko stosowano. Obecnie zupełnie zdrów (list z 29/9 1889).

81. Berl E., kupiec lat 45 liczący, ze Żmigrodu. Mierne krwotoki od lat kilkunastu z licznych drobnych guzów. Operacyja 1/6 1888. Przebieg dobry, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

82. Markus K., handlarz, lat 58 liczący, z Krakowa, bardzo niedokrewny, cierpi na krwotoki z licznych dużych guzów przeszło 20 lat. Operacyja 18/6. 1888. Przebieg prawidłowy. Obecnie zupełnie zdrów.

83. Jakób M., lat 42 liczący, kupiec, z Rozwadowa. Silne krwotoki z bardzo dużych guzów. Operacyja 21/6 1888. Przebieg bezgorączkowy. Wyleczenie trwałe (list z 2/10 1889).

84. Schabse B., wekslarz, lat 59 liczący, z Krakowa, nadzwyczaj niedokrewny. Hemoroidy (bardzo duże guzy) ma od lat prawie 30. Operacyja 12/7 1888. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

85. Leib M., kupiec, lat 48 liczący, z Żółkwi, cierpi od kilkunastu lat na znaczne krwotoki przy każdym stolcu. Guzy hemoroidalne duże po części owrzodziałe. Operacyja 25/7 1888. Przebieg prawidłowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Wyleczony wrócił do domu, gdzie obecnie zupełnem cieszy się zdrowiem. W lecie 1889 wytworzyła się przetoka gruźlicza odbytnicy, którą lekarz miejscowy Dr. Muszkiet drogą operacyjną usunął.

86. Lazar S., wekslarz, lat 61 liczący, z Krakowa, chory od kilku lat. Operacyja 31/7 1888. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie zupełne.

87. Pinkus W., (patrz Nr. 28) operowany przed 4-ma laty zgłosił się z recydywą. 5 guzów wielkości wiśni, znaczne krwotoki. Operacyja 4/8 1888. Przebieg bezgorączkowy, kateter przez 2 dni. Obecnie (list z 25/9 1889) zupełnie zdrów.

88. Józef S., wyrobnik, lat 50 liczący, z Galicyi wschodniéj, cierpi od lat 12 na znaczne krwotoki z 4-ech dużych guzów. Operacyja 19/8 1888. Przebieg normalny, kateter stosowano przez 3 dni. Z powodu niedokładności adresu nie zdołałem zasięgnąć wiadomości o obecnym jego stanie.

89. Zwetla S., lat 44 licząca, żona szynkarza z Podola. Liczne guzy hemoroidalne i przetoka odbytnicowa. Operacyja na 2 zawody 29/8 i 14/9 1888. Przebieg prawidłowy. Kraków opuściła wyleczona. Obecny stan nieznany z tych samych przyczyn co i w poprzednim przypadku.

90. Jakób B., wekslarz, lat 52 liczący, z Krakowa, chory od 15 lat. Liczne duże guzy. Operacyja 4/9 1888. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie zupełne.

91. Berisch W., lat 39 liczący, szynkarz, z Bezbrodów. Mierne krwotoki z 5 drobnych guzów. Operacyja 18/9 1888 r.

---

[1]) Na têm Redakcyja uważa dyskusyję za zamkniętą.

Przebieg prawidłowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

92. Hersch B., kupiec, lat 50 liczący, z Działoszyc cierpi od kilku lat na krwotoki odbytnicowe i katar pęcherza. Operowany 24/9 1888. Przebieg bezgorączkowy z wyjątkiem 2 pierwszych dni (38·5°) wyleczony. Obecny stan zdrowia nieznany.

93. Hirsch Sch., szynkarz lat 50 liczący, z Krakowa, cierpi na krwotoki hemoroidalne od lat 20. Przypalenie 6 dużych guzów 29/9 1889. Ciepłota przez 3 pierwsze dni wahała się między 38° a 38·5°. Mocz odprowadzano cewnikiem przez cały tydzień. Obecnie zdrów zupełnie.

94. Chiel S., lat 37 liczący, ze Stobnicy. Od kilkunastu lat bardzo znaczne krwotoki z nadmiernie dużych guzów hemoroidalnych. Operacyja 2/10 1888. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie. Obecny stan nie wiadomy.

95. Nusen H., kupiec lat 30 liczący, z Nowego Miasta. Mierne krwotoki peryjodycznie się powtarzające z licznych drobnych guzów. Operacyja 4/10 1888. Przebieg prawidłowy, cewnik stosowano przez 3 dni. Wyleczenie zupełne (list z 28/8 1889 r.).

96. Jakób H., syn pacyjenta Nr. 40, szlifirz dyjamentów z Antwerpii, lat 37 liczący. Uporczywemi krwotokami dużych guzów spowodowany, wrócił do Krakowa, by tu poddać się operacyi w dniu 11/10 1888. Przebieg prawidłowy, mocz odprowadzano cewnikiem przez 5 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

97. Jakób R., szynkarz lat 51 liczący, z Bardyjowa, bardzo niedokrewny wskutek długoletnich krwotoków. Badanie wykazuje cały pakiet guzów, dochodzących wielkości orzecha włoskiego. Operacyja 16/10 1888. Kateter przez 3 dni. Jak wynika z listu z dnia 24/10 1889, obecnie zupełnie zdrów.

98. Izrael W., lat 30 liczący, z Nowego Sącza, cierpi od kilkunastu lat na znaczne krwotoki. Badanie wykazuje oprócz licznych guzów wielkości wiśni przetokę odbytnicową. Operacyja na 2 zawody 1/11 i 21/11 1888. Przebieg prawidłowy; obecnie zupełnie zdrów.

99. Izrael G., lat 28 liczący, z Będzina, od 2 lat pojawiają się obfite krwotoki w odstępach kilkotygodniowych. Guzy wielkości śliwki miejscami owrzodziałe. Operacyja 7/11 1888. Przebieg bezgorączkowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Obecnie zupełnie zdrów.

100. Józef F., handlarz lat 55 liczący, z Mielca, bardzo wynędzniały, niedokrewny, cierpi na krwotoki od lat kilkunastu. Badanie wykazuje 5 guzów wielkości śliwki. Operacyja d. 8/11 1888. Przebieg przez pierwszych dni 8 zupełnie bezgorączkowy. 9-go dnia wystąpiły objawy ostrego zapalenia pęcherza z gorączką, dochodzącą do 40°, wywołanego przez nie dość ostrożne zakładanie cewnika. Stan ten utrzymywał się przez 10 dni, poczem pacyjent wrócił do domu. W lipcu 1889 widziałem pacyjenta w stanie zupełnego zdrowia.

101. Szymon O., nauczyciel lat 40 liczący, z Chrzanowa. Niedokrewność nader wysokiego stopnia wskutek długotrwałych obfitych krwotoków z 4 guzów wielkości orzecha włoskiego. Operacyja 12/12 1888. Przebieg prawidłowy, wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

102. Rozalija M., lat 30 licząca, z Krakowa, nader wątła długotrwałemi krwotokami z guzów wypadających przy każdym stolcu wyniszczona. Odpalenie 5 guzów 4/2 1889. Przebieg bezgorączkowy. Obecnie zupełnie zdrowa.

103. Markus A., wekslarz lat 55 liczący, zamieszkały w Krakowie, krwotokami od lat kilkunastu trwającemi do tego stopnia osłabiony, że tylko z trudnością zdoła się poruszać i całe dnie spędza w łóżku. Badanie wykazuje pakiet guzów, dochodzących razem wielkości bułki. Operacyja 18/2 1889. Przebieg bezgorączkowy. Potrzeba kateteryzowania zachodziła przez 5 dni. Obecnie odzyskawszy zdrowie oddaje się swemu codziennemu zajęciu.

104. Abraham W., kramarz lat 43 liczący, z Bardyjowa, cierpi od lat 20 na hemoroidy. Odpalenie 6 guzów osadzonych na szerokiéj podstawie d. 7/3 1889. Ciepłota prawidłowa z wyjątkiem 3-go dnia. Mocz odprowadzono cewnikiem tylko w pierwszym dniu. Wyleczenie zupełne.

105. Jakób D., właściciel browaru, lat 40 liczący, z Liska, cierpi od lat 10 na krwotoki odbytnicowe od czasu do czasu w dłuższych przerwach się pojawiające. Silnie zbudowany, dobrze odżywiony, wcale nie niedokrewny. Liczne guzy hemoroidalne wielkości wiśni. Operacyja 30/3 1889. Przebieg normalny, od czasu operacyi krwotoki się już nie powtórzyły.

106. Markus J., handlarz jaj, lat 45 liczący, z Podgórza, cierpi na krwotoki występujące po każdym stolcu od kilkunastu lat. Od 2 dni chory nie potrafił już wypadniętych na zewnątrz guzów odprowadzić. Zawezwany 10/4 1889 r. znalazłem pakiet guzów wielkości jaja strusiego zewnątrz otworu stolcowego. Guzy były mocno obrzękłe, twarde, zielono-sine, bolesne, ciepłota ciała podwyższona dochodziła do 39°, zatrzymanie moczu. Zalecono jodoform i okłady z octanu glinowego. Po ustąpieniu objawów zapalnych w przeciągu dni 14 przystąpiłem 24/4 do operacyi. Przebieg zupełnie bezgorączkowy. Potrzeba zakładania cewnika po operacyi zachodziła przez 3 dni. Obecnie pacyjent cieszy się zupełnem zdrowiem.

107. Leiser B., syn pacyjenta Nr. 84, wekslarz, lat 29 liczący, zamieszkały w Krakowie, nader blady wskutek znacznéj utraty krwi przy każdym stolcu z licznych dużych guzów hemoroidalnych. Operacyja 25/4 1889. Przebieg normalny. Obecnie zupełnie zdrów.

108. Samuel W., lat 46 liczący, służący, z Hussowa, cierpi na obfite krwotoki od kilkunastu lat. 4 duże guzy i liczne drobne. Operacyja 13/5 1889. Przebieg bezgorączkowy, zatrzymanie moczu przez 2 dni. Obecnie zdrów zupełnie (list z 2/10 1889 r.).

109. Salomon S., kramarz, lat 52 liczący, z Chrzanowa. Mierne od czasu do czasu występujące krwotoki od lat kilkunastu. Przypalenie 6 guzów 15/5 1889. Przebieg prawidłowy, kateter przez 3 dni. Wyleczenie zupełne (list z 25/9 1889).

110. Mendel F., starszy brat pacyjenta Nr. 47, ze Zborowa lat 59 liczący, cierpi od 20 lat na hemoroidy. Liczne duże guzy odpalono 29/5 1889. Przebieg normalny. Niemożność oddawania moczu przez 2 dni. Wyleczony zupełnie (list z 4/10 1889 r.).

111. Leon M., właściciel realności, w Krakowie, lat przeszło 50 liczący, cierpi na krwotoki hemoroidalne od lat kilku. 30/6 1889 usunięto 4 wypadnięte bogato unaczynione fałdy błony śluzowéj. Przebieg dalszy zupełnie prawidłowy. Obecnie pacyjent cieszy się zupełnem zdrowiem.

112. Alter B., handlarz wołów, lat 37 liczący, z Mielca, cierpi od lat kilkunastu na krwotoki kiszkowe; odżywienie ogólne wcale jednak na tem nie ucierpiało. Badanie wykazuje cały pakiet guzów, z których jeden wypadłszy uległ zgorzeli powolnéj. Polecono spokój i zasypywanie guza zgorzelinowego proszkiem jodoformowym, a po 10 dniach po odpadnięciu części obumarłéj wykonano dnia 13/7 1889 operacyję. Przebieg prawidłowy. Pacyjent obecnie czuje się zupełnie zdrowym.

113. Józef S., listonosz, z Podgórza, lat około 50 liczący od dawna cierpi na krwotoki hemoroidalne 15/7 1889 odpalono 6 dużych guzów. Przebieg bezgorączkowy. Wyleczenie całkowite doznało miernego opóźnienia przez wytworzenie się bolesnéj fissury, którą przypalono lapisem.

114. Lemel H., lat 35 liczący, handlarz nierogacizny, z Radomyśla, cierpi na krwotoki od lat 10. Wypalenie 5 guzów wielkości śliwki 16/7 1889. Przebieg bezgorączkowy, kateter stosowano tylko raz jeden. Wyleczony.

115. Salomon W., lat 35 liczący, urzędnik, w Krakowie zamieszkały, cierpiał już przed 20 laty jako uczeń gimnazyjalny na krwotoki po stolcu. Obecnie przybrało cierpienie tak znaczne rozmiary, że pacyjent już nie jest w stanie pełnić swych obowiązków. Wypalenie 7 guzów 16/7 1889. Przebieg bezgorączkowy, powikłany tylko jednorazowym napadem kolki nerkowéj (podejrzenie na kamień). Obecnie pacyjent zupełnie zdrów i oddaje się swemu zajęciu.

116. Józef G., ajent, lat 44 liczący, z Krakowa, ciągłemi od lat kilkunastu trwającemi krwotokami mocno wycieńczony. Operacyja (odpalenie 6 guzów) 4/8 1889. Przebieg prawidłowy. Obecnie zupełnie zdrów.

117. Izrael M., lat 68 liczący, ze Smolnika, cierpi od dawna na hemoroidy i katar pęcherza. Odpalenie 5 dużych guzów 6/8 1889. Przebieg w pierwszym tygodniu bezgorączkowy, w 2-gim i z początkiem trzeciego zakłócony zaostrzeniem się kataru pęcherzowego, wywołanem nie dość ostrożną manipulacyją z cewni-

kiem. Pacyjent opuścił Kraków z raną wyleczoną i nieznacznym nieżytem pęcherza.

118. Abraham B., kupiec, lat 32 liczący, z Wiślicy. Krwotoki obfite od 6 lat. Odpalenie 4 dużych guzów 11/8 1889. Przebieg prawidłowy. Wyleczenie.

119. Tewel B., handlarz zboża, lat 43 liczący, z Łeńczyc, bardzo niedokrewny. Liczne duże guzy wychodzą przy każdym stolcu. Operacyja 13/8 1889. Przebieg prawidłowy, kateter musiano zakładać przez cały tydzień. Wyleczony.

120. Mojżesz S., służący, lat 41 liczący, z Tarnowa, bardzo niedokrewny i wynędzniały wskutek uporczywych krwotoków od lat prawie 20 trwających. Operacyja (odpalenie 7 dużych guzów) 16/8 1889. Przebieg pooperacyjny powikłany zapaleniem dławcowem płuc. Wyleczenie zupełne.

121. Samuel D., kupiec, lat 49 liczący, z Krakowa, pochodzi z rodziny, w któréj hemoroidy bardzo często się przytrafiają. Sam cierpi od kilkunastu lat na znaczne krwotoki przy każdym stolcu. Operacyja 14/9 1889. Przebieg bezgorączkowy. Wyleczony.

Jak z przytoczonych dopiero co historyj chorób wynika wykonaliśmy operacyję hemoroid 121 razy na 120 chorych (113 mężczyzn, 7 kobiet), a mianowicie 120 razy z wynikiem pomyślnym.

Jeden tylko pacyjent (Nr. 46) zmarł w 24 godzin po operacyi wśród zupełnéj euforyi nagle z porażenia serca, wyniku niepomyślnego nie można więc wcale klaść na karb zabiegu chirurgicznego. Z chorób przyrannych raz tylko widzieliśmy ropnicę w formie względnie lekkiéj, to też proces zakończył się wyzdrowieniem; przyczyny tego powikłania szukać należy w niedość skrupulatnem przestrzeganiu przepisów antiseptyki podczas operacyi. Innych powikłań oprócz wspomnianego już krwotoku w przypadku Nr. 39 nie widzieliśmy.

Wynik korzystny operacyi w zasadzie bywał trwałym. U dwóch tylko pacyjentów rozwinęła się po 4, a względnie 3 latach recydywa, zmuszająca jednego z nich do poddania się ponownéj operacyi. 100 pacyjentów cieszy się bez przerwy dobrem zdrowiem, o obecnym zaś stanie 16 klijentów niezdołano zasięgnąć pewnych wiadomości. U jednego pacyjenta (Nr. 85) rozwinęła się w rok po operacyi przetoka gruźlicza, dla któréj trudno szukać związku przyczynowego z operacyją. Jeden wreszcie pacyjent umarł w ½ roku z choroby żołądka. Do następowego zwężenia kiszki, a względnie otworu stolcowego, nie przyszło u żadnego chorego.

Największa liczba naszych pacyjentów (85) zgłaszała się z prośbą o radę między 30, a 50-tym rokiem życia (zgodnie ze statystykami innych autorów); widocznie w tym okresie życia cierpienie to bywa najczęstsze. Niżéj lat 20 nie mieliśmy wcale pacyjenta, choć znane są w literaturze przypadki guzów hemoroidalnych i u dzieci. Natomiast nie brakło i starców szukających u nas skutecznéj pomocy.

Liczba 121 operacyi, z których 70 przypada na pięciolecie kierownictwa kliniki chirurgicznej profesora Mikulicza, a 51 na dwuletni okres méj praktyki prywatéj choć nie dorównywa statystykom Smitha, Mathewsa[1]) i innych, wcale jest pokaźną, jeżeli tylko spojrzymy na sprawozdania Körtego[2]), Leisrinka[3]), Israela[4]), Watza[5]), Billrotha[6]) i wielu innych, którzy wspominają zawsze tylko o kilku przypadkach hemoroid operowanych. Jeden tylko Krönlein[7]) mówi o Langenbecku, że wykonał operacyję swoim sposobem kilkaset razy. Przyczyny częstości téj operacyi w naszych stronach niezaprzeczenie w tem szukać należy, że praktyka chirurgiczna u nas największym cieszy się rozgłosem wśród publiczności izraelickiéj, a ta zwłaszcza część jéj pobożna nader często cierpieniu temu podpada, jak na to już zwrócił uwagę Burów[1]) na 53 zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Gdańsku. Jeden rzut oka na naszą statystykę stwierdza w zupełności to twierdzenie Burowa i na 120 chorych było tylko 7 chrześcijan, a 113 izraelitów, a z tych ostatnich 108 należało do partyi ściśle przepisów przestrzegającéj. Przyczyny częstego zapadania izraelitów na choroby odbytnicy, a zwłaszcza na hemoroidy, nie tyle szukałbym wraz z Sinaiem[2]) w długiem ślęczeniu w latach młodocianych nad księgami talmudu, ile raczéj w fałszywem tłomaczeniu przepisów, wymagającem codziennego stolca przed modlitwą poranną. Ogromna większość moich pacyjentów w tym kierunku badana zeznawała, że najczęściéj tylko z wielkiem wysileniem i nadzwyczajnem parciem zdołała zadość uczynić tym domniemanym postulatom rytualnym. Za słusznością tego twierdzenia przemawiałaby i ta okoliczność, że izraelitki nie przestrzegające tego przepisu w bardzo nieznacznéj tylko liczbie zapadają na hemoroidy. Czy i o ile cierpienie to w myśl teoryi Gaya[3]) i Neelsena jest wynikiem zaburzeń nerwowych, nie zdołałem na materyjale naszym rozstrzygnąć. Natomiast trudno zaprzeczyć, że w wielu razach cierpienie to bywa dziedzicznem, choć równie snadnie możnaby rzec, że równe nawyczki u ojców i synów do równych prowadziły zboczeń. A teraz jeszcze słówko „o siedzącym trybie życia“, który po wszystkich podręcznikach pierwsze zajmuje miejsce między przyczynami wywołującemi hemoroidy. W statystyce naszéj zdanie to nie znajduje wcale poparcia. Badałem w tym kierunku prawie wszystkich chorych i znalazłem, że tylko u 21 mogła być mowa o siedzącym trybie życia, reszta zaś prowadziła żywot nader ruchliwy i zaledwie w ciągu dnia przez kilka wolnych chwil zdołała odpocząć na stołku lub ławce. Nie przeczę, że długie siedzenie może upośledzić funkcyje przewodu pokarmowego, prowadzić do zastojów kałowych, a w dalszem następstwie do zaburzeń w krążeniu żylnem w jamie brzusznéj, ale liczba tych hemoroidaryjuszów u nas przynajmniéj jest znikająco małą w porównaniu z tymi, którzy podpadają téj chorobie mimo, że cały dzień spędzają stojąc i goniąc za interesami.

Na tem miejscu uważam sobie za miły obowiązek złożyć serdeczne dzięki JWP. profesorowi Rydygierowi za tyle łaskawe i uprzejme użyczenie mi historyj chorób z archiwum kliniki chirurgicznéj.

[1]) *Some observations after 1000 operations for hämorrhoids, Journ of. the Americ. med. ass.* 1888. II. — [2]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 25. — [3]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 26 i 28. — [4]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 20. — [5]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 21. [6]) *Arch. fr. kl. Chir.* T. 10. — [7]) *Arch. fr. kl. Chir.* dodatek do T. 21 str. 181.

[1]) l. c. — [2]) *Centralblatt fr. Chir.* 1880 str. 722. — [3]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha 1881.

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Podbielski: **Zwyrodnienie skrobiowate trzustki.**

Kwestyja zwyrodnienia skrobiowatego trzustki nie jest dotychczas wszechstronnie opracowaną. Wielu autorów wyraża się o tem przedmiocie krótko a często nawet sprzecznie. Tak n. p Rokitansky przypuszcza zwyrodnienie skrobiowate w samych komórkach trzustkowych, i twierdzi, że może ono występować nawet wyłącznie w saméj trzustce. Inni zaś twierdzą, że zwyrodnienie takie zajmuje tylko ścianki naczyń i nigdy nie występuje samodzielnie, ale zawsze łączy się ze zwyrodnieniem w innych narządach. Ze względu na taki stan

kwestyi zasługują wszelkie dalsze badania w tym kierunku na szczególną uwagę.

Autor zbadał 12 skrobiowato zwyrodniałych trzustek i przyszedł do następujących wyników. Makroskopowo można było we wszystkich trzustkach stwierdzić większy lub mniejszy stopień niedokrewności. Barwa była rozmaita, najczęściéj szarawo czerwona lub żółto-czerwona. Zbitość rozmaita od miękkiéj aż do chrząstkowatéj, przyczyną tego było, że równocześnie ze zwyrodnieniem skrobiowatem występowało najczęściéj i zwyrodnienie tłuszczowe komórek gruczołowych. Zbitość więc narządu zależała od tego, która z tych dwóch spraw przeważała. Rozmiary narządu i jego ciężar były zwykle powiększone.

Mikroskopowo we wszystkich przypadkach wykazano zwyrodnienie skrobiowate drobnych i średnich tętniczek, a także i naczyń włosowatych. Daléj we wszystkich przypadkach, prócz jednego, było zwyrodnienie tłuszczowe komórek gruczołowych, w jednym znaczny rozrost tkanki łącznéj międzyzrazikowéj i zwyrodnienie skrobiowate włókien tejże, a wreszcie w jednym zanik składników gruczołowych.

Zwyrodnienie to znalazł autor 6 razy u mężczyzn i 6 razy u kobiet, przeważnie w wieku 40—50 lat. Najczęstszą chorobą towarzyszącą temu zwyrodnieniu była gruźlica (5), kiła (4) i t. d. Równocześnie z trzustką najczęściéj zajętą była śledziona (12 razy), potem wątroba (11), nerki (11) itd.; 12 trzustek zbadanych przez autora wypadło na 122 sekcyje.

W końcu porusza autor kwestyję rozpoznania za życia zwyrodnienia skrobiowatego trzustki. A mianowicie według jego zdania po wykluczeniu zatkania przewodu trzustkowego i raka trzustki, za podstawę dla rozpoznania może służyć zwiększona ilość tłuszczów i skrobi w kale chorych. (*Wracz*, 1889, Nr. 27). *A. W.*

Bakteryjologija.

† Prof. Netter wykazuje, że w ciele zupełnie zdrowego człowieka znajdują się zawsze ogniska, z których tenże może zarażać się mikrobami. Autor zbadał obecnie w tym kierunku jamę ustną i gardło. Pomijając bakteryje nieszkodliwe znalazł u zupełnie zdrowych ludzi następujące niewątpliwie chorobotwórcze: 1) *Pneumococcus Fraenkeli*, który podług niego znajduje się u ludzi, którzy nigdy nie chorowali na zapalenie płuc włóknikowe w 20%, u tych zaś, którzy mieli kiedykolwiek tę chorobę, w 80%. 2) *Streptococcus pyogenes* w 5·5%. 3) Prątek z osłonką Friedländera w 4·5% i 4) *Staphylococcus pyogenes* prawie u wszystkich.

Jest rzeczą oczywistą, że obecność mikrobów w jamie ustnéj, zkąd one mogą się dostawać do sąsiednich narządów, jest bardzo niebezpieczną. Tą właśnie drogą tłómaczy prof. N. powstanie zapalenia płuc krupowego, zapalenia oskrzeli płucnych, ropnego zapalenia opłucnéj, przyczem mikroby dostają się przez drogi oddechowe; zapalenia ucha średniego drogą trąbki Eustachijusza; a prawdopodobnie mają tu swe źródło i niektóre zapalenia opon mózgowych.

Obecność mikrobów w jamie ustnéj tłómaczy autor warunkami sprzyjającemi ich rozwojowi, a mianowicie ciepłotą i alkalicznością śliny. Dla tego to u osób, które chorowały na zapalenie płuc włóknikowe, ślina tak często zawiera *pneumococcus Fraenkeli*, a u tych, którzy mieli różę, *streptococcus pyogenes* (autor uważa *strept. pyogenes* za identyczny z *strept. erysipelatis*).

Dostaniu się tych prątków do jamy ustnéj sprzyjają zapewne bardzo często szpitale, a ponieważ prątki te pozostają i u ludzi, którzy już wyzdrowieli, przeto i tacy mogą być źródłem zarazy. To, że te bakteryje tak rzadko wywołują choroby, tłumaczy autor 1) kwasotą soku żołądkowego, 2) niesprzyjającym temu kierunkiem przewodów łączących się z jamą ustną u dorosłych i 3) przybłonkiem migawkowym oskrzeli. Choroba zaś powstaje w razie usposobienia do tego pojedynczych narządów n. p. płuc wskutek rozmaitych zaburzeń w krążeniu jakoteż i usposobienia całego ustroju. Zresztą i jadowitość samych mikrobów nie zawsze bywa jednakową. Tak n. p. podczas zapalenia płuc ślina jest jadowitą a w 15 dni po przesileniu jadowitość znika, aby zjawić się znowu po 25 dniach.

Autor podaje jeszcze ciekawe spostrzeżenie, a mianowicie badając często ślinę jednego człowieka, która zawierała pneumokoki, widział, że jadowitość zwiększała się proporcyjonalnie do zwiększania się częstości przypadków zapalenia płuc w mieście.

Z tego wszystkiego wynika, że należy starać się o zniszczenie mikrobów znajdujących się w jamie ustnéj. (*Revue d'hygiène*, 20 czerwca).

Chemija lekarska.

† Dr. Brusianin zajmuje się w swojéj rozprawie pytaniem, do jakiego rodzaju ciał należą niestrawione części azotowe pokarmów zawarte w kale. W tym celu zbadał on w pracowni prof. Dobrosławina produkty sztucznego trawienia surowego i gotowanego mięsa i chleba czarnego na zawartość w nich nukleiny. Co do mięsa surowego okazało się, że nukleiny znajduje się w pozostałości po sztucznem trawieniu 0·47—0·62%, co przeprowadzone na N (azot) wyniesie 1·5—2·3% całego azotu, który podlegał trawieniu. Ponieważ w takiéj saméj ilości znajduje się N w kale ludzi prawidłowo trawiących i karmionych mięsem, czyni autor wniosek, że cały N w kale takich ludzi jest częścią składową nukleiny, i że w kale białka nie ma wcale. Ztąd wynika, że przy doświadczeniach nad przemianą materyi nie należy z ilości znalezionego w kale azotu obliczać ilość znajdującego się białka. Zupełnie te same wyniki otrzymał autor dla mięsa wygotowanego. Co do chleba czarnego, to produkt pozostały po sztucznem trawieniu da się rozdzielić na 2 części: jedną nierozpuszczalną w alkali gryzącem i drugą rozpuszczalną. Pierwsza składa się przeważnie z osłonek ziarna i zawiera dużo N, który jednak musi ginąć dla organizmu z powodu nierozpuszczalności tych osłonek w sokach trawienicowych. Druga zaś część zawiera do 1·5% N znajdującego się w chlebie, a N ten niewątpliwie pochodzi z nukleiny i to sulfo-nukleiny Mitscherlicha. Obliczając ilość N nukleiny chleba autor oznacza go mniéj lub więcéj na 3% N całego chleba. Z tego wynika, że resztki niestrawione zawierające N po mięsie surowem i gotowanem są nukleiną, a resztki po czarnym chlebie zawierają 3% N należącego do nukleiny. (*Dysertacya St. Perestb.*, 1889). *A. W.*

Farmakologija.

Alfred Garrod: **O używaniu siarki w rozmaitych zboczeniach przewodu pokarmowego.**

G. używa od wielu lat w chorobach przewodu pokarmowego i wątroby, daléj w dnie gośćcowéj, w przewlekłym gośćcu mięśniowym i w niektórych chorobach skórnych przez dłuższy czas małych dawek siarki (3—4 decigramów) z najlepszym skutkiem. Siarka służy jako środek pobudzający prawidłowy ruch robaczkowy i działa tem samem lekko przeczyszczająco. Jest prawdopodobnem, że żołądek sam tylko mało przez siarkę zostaje zmienionym, gdyż kwaśno oddziaływająca treść żołądka nie może jéj rozpuścić. Dopiero przy przejściu do dwunastnicy zamienia się siarka wskutek obecności alkalicznie oddziaływającéj żółci i wydzieliny trzustkowéj po większéj części w rozpuszczalny siarkan, który dostawszy się do naczyń bramnych przechodzi najpierw przez wątrobę, a następnie przez żyły wątrobowe dostaje się do ogólnego obiegu krwi. Z krwi wydziela się siarka częścią przez skórę, częścią przez błonę śluzową, co można tem udowodnić, że srebro metaliczne, po dłuższem zetknięciu z skórą tych chorych czerni się i że czuć można woń kwasu siarkowodowego w powietrzu wydechanem. Garrod zbiera swoje doświadczenia o leczniczéj wartości siarki przy wewnętrznem używaniu jak następuje: 1. Dobre wyniki można tym środkiem tylko wtedy osiągnąć, jeżeli się podaje bardzo małe dawki siarki, 3 do 4 decigramów dziennie, lecz przez dłuższy czas, przez miesiące, a nawet lata. Pigułki zawierające te małe ilości siarki i 1 decigram *Cremor tartari*, chorzy wyśmienicie znoszą i to przez dłuższy nawet czas bez najmniejszych dolegliwości. Siarka nie jest obcym składnikiem dla ustroju, lecz zawarta jest w najważniejszych częściach krwi, mięśni, w żółci i ślinie. 2. Siarka, w opisany sposób przez dłuższy czas używana, działa dobrze w rozmaitych chorobach przewodu pokarmowego i wątroby, a szczególnie w przypadkach leniwego działania wątroby, w guzach krwawnicowych i nawykowem zaparciu stolca, niekiedy także w chorobach skórnych, w przewlekłéj postaci dny gośćcowéj i gośćca mięśniowego. (*W. med. Bl.*, 1889, Nr. 29).

Rabow: **O hyoscynie, jéj wskazaniach i dawce.**

Najlepsze oddawał usługi mu ten środek, jako lek uspa-

kajający u podnieconych obłąkanych. Jako środek nasenny nie zasługuje z powodu stosunkowo znacznéj dawki, w tym celu potrzebnéj, na polecenie Podawanie wewnętrzne zasługuje na pierwszeństwo przed podskórnem, ponieważ chorzy przy pierwszem nie tak bardzo podupadają. Z objawów pobocznych spostrzegał R. suchość w gardle, pragnienie, ból brzucha, rozszerzenie źrenic i t. d. po długo trwającem używaniu hyoscynu, nigdy jednak nie widział innych zatrważających objawów. R. zapisuje: *Hyoscini hydrojod. 0·01, Aq. dest. 10 0.* Z tego jako pierwszą dawkę 8 kropli (= $^1/_8$ mgr.); powoli dochodzi do 12 tu kropel (= $^1/_2$ mgr.). Przyzwyczajenie występowało, ale bardzo powoli. (*Ther. Monatsch.*, sierpień, 1889).

Medycyna wewnętrzna.

Taylor: Cecha rozpoznawcza duru brzusznego.

W r. 1882 stwierdził Ehrlich spostrzeżenie, że mocz chorych na dur okazuje szczególne oddziaływanie, które uważać można za pewną rozpoznawczą wskazówkę. Odczynnikami są: *a)* nasycony roczyn kwasu sulfanilinowego z rozcieńczonym kwasem solnym w stosunku 1:20; *b)* półprocentowy roczyn azotanu sodowego. Oba roczyny muszą być świeże. Po ich zmięszaniu powstaje roczyn kwasu sulfanilinowego, który zawiera wolny kwas azotowy, przedstawiający w téj próbie ważny odczynnik. Próbę wykonywa się w następujący sposób: Bierze się 25 części pierwszego płynu, dodaje się część drugiego, alkalizuje się mięszaninę przez dodanie amonijaku i teraz dodaje się równą ilość moczu. Mocz prawidłowy zabarwia się przy téj próbie tylko nieco ciemniéj brunatno, przyjmując barwę wina Sherry; jeżeli mocz pochodzi od chorego gorączkującego, który jednak nie jest dotknięty durem, zabarwia się mocz jeszcze ciemniéj brunatno. Jeżeli jednak robimy próbę z moczem durowego, zabarwia się mięszanina wyraźnie czerwono, począwszy od żółtoczerwonego atramentu dwuchromanu potasowego, aż do barwy rubinowo i ciemno czerwonéj wina portowego. T. kontrolował tę próbę i twierdzi, że ona najczęściéj dopiero w ostatnich dniach pierwszego tygodnia duru daje wynik dodatni i że ona niekiedy zawodzi, jeżeli ciepłota ranna, jak to bywa niekiedy w czwartym tygodniu, zbliża się do prawidłowéj; natomiast udaje się we wszystkich przypadkach duru podczas okresu gorączki. Gdyby to oddziaływanie było wyłącznie własnością duru, mielibyśmy w niem najlepszą rozpoznawczą wskazówkę, ponieważ wyszczególnia się przed wszystkiemi innemi swoją stalą postacią, nie podlegającą żadnéj zmianie. Niestety występuje to oddziaływanie, choć rzadko, także w innych chorobach i na tem właśnie polega ujemna strona próby. Doświadczenia przeprowadził z moczem prawidłowym, chorych na zapalenie nerek, na serce, pląsawicę, odrę, ostrą gruźlicę, zapalenie płuc płatowe i zrazikowe i czyni następujące wnioski o znaczeniu próby Ehrlicha: Brak jéj jest w praktyce cenną wskazówką do wykluczenia duru pod warunkiem, że choroba najmniéj już 6 dni trwa i ciepłota nie była w przybliżeniu prawidłową. Obecność oddziaływania pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że mamy do czynienia z durem, ale nie można tego jeszcze przyjąć za zupełny rozpoznawczy dowód. Tu należy zauważyć, że próba występuje tylko w chorobach, nie mogących dać powodu do pomięszania z durem i dla tego wspomniane wyjątki przy rozpoznawaniu tylko małe mają znaczenie. (*Wien. med. Blätter* 1889, Nr. 29).

Dr. Baschkopf.

Chirurgija.

Chiari: O ropotoku jamy Highmora.

Przyczynę tego, że do niedawna jeszcze tak nieliczne spotykało się w literaturze wzmianki o tem cierpieniu upatruje autor w błędnem pojęciu lekarzy, iż ropotok j. H. musi wywołać znaczne zniekształtnienie twarzy, lub przynajmniéj wypuklenie wewnętrznéj ściany jamy ku jamie nosowéj, a ponieważ objaw ten, niby charakterystyczny, częsty przy torbielach j. H., jest, jak nowsze wykazały badania, rzadkim przy ropotoku, przeto wielokrotnie musiano cierpienie to przeoczać. Pierwszy Ziem, opisawszy dokładnie *Empyema a. H.*, zwrócił na to uwagę. Jako przyczynę, z któréj ropotok j. H. bierze swój początek uważają niektórzy katary nosowe (Zuckerkandl, Krause, Hartmann, Bronner) inni *caries dentis* (Rokitansky, Koenig, Walb, Fraenkel, Ziem). Jedno i drugie zapatrywanie poprzeć można licznemi i słusznemi dowodami z kazuistyki téj choroby, a jakkolwiek w danym przypadku trudno nieraz dociec, zkąd ropotok wziął swój początek, gdyż dziś prawie nie ma człowieka, któryby na zęby lub katar nie cierpiał, to jednak autor, na podstawie innych i siedmiu przez siebie operowanych przypadków, skłania się do przypuszczenia jako częstszéj przyczyny *caries dentis*, nie wykluczając jednak zupełnie i drugiéj możliwości. Rzadziéj wywołują *Empyema A. H.* ciała obce, urazy, nowotwory, *necrosis* ścian jamy lub zamknięcie *ostium maxillare* (Zuckerkandl).

Jako punkta rozpoznawcze dla ropotoku j. H. na podstawie najnowszych badań (Ziem, Fraenkel, Walb, Schoeller, Krause) uważać należy:

1. Wypływ ropy i to okresowo występujący z jednego otworu nosowego.

2. Przebyte lub istniejące jeszcze zapalenie okostny zębów szczęki górnéj po téj saméj stronie.

3. Wykazanie zapomocą wziernika nosowego ropy w okolicy *hiatus semilunaris*, która usunięta znów po pewnym czasie w tym samem miejscu się pokazuje.

4. Zwiększenie się wypływu z nosa przy przegięciu głowy ku przodowi i dołowi, co służyć może zarazem do odróżnienia od wypływu z jamy czołowéj, gdyż takowy przy podobnym ruchu ustaje.

5. Ból lub uczucie ciśnienia w szczęce górnéj (objaw niestały).

6. Wykluczenie owrzodzeń, ropienia, obcych ciał, nowotworów lub obumarcia kości w samym nosie.

W przypadkach wątpliwych możnaby po wyjęciu zęba górnego trzonowego od zębodołu otworzyć jamę Highmora lub uciec się do sposobu M. Schmidta, t. j. do nakłucia zewnętrznej ściany nosa popod dolną muszlą za pomocą silnéj kaniuli i wyciągnięcia strzykawką Pravaza treści z j. H., lub do opukiwania (według Linka) od jamy ustnéj *antrum* przy pomocy drewnianego wałeczka, który to jednak sposób zdaniem autora niepewne daje wyniki Leczenie ropotoku j. H. polega na usunięciu przyczyny a więc, stosownie do przypadku, na oddaleniu obcego ciała, obumarłych kawałków kości, wyrwaniu zepsutych zębów lub leczeniu kataru nosa, oraz na przywróceniu do stanu prawidłowego schorzałéj błony śluzowéj j. H., gdyż samo usunięcie przyczyny, która ropotok wywołała, zazwyczaj nie wystarcza. W tym celu więc stosuje się pilnie przepłukiwania i to albo przez *ostium maxillare* lub przez znachodzące się przypadkowo *ostium accessorium*, już to posługując się przy tém stosownem ułożeniem chorego (Jelenffy), już też rurką przez otwór ten wprowadzoną (Hartmann), a nawet resekując dla łatwiejszego przystępu średnią muszlę (Hartmann), przy czem jednak nadmienić wypada, iż takie wprowadzenie kaniuli czy rurki do *ostium* na wielkie nieraz napotyka trudności Inny sposób uzyskania dostępu do j. H. w celu przepłukiwania tejże polega na zrobieniu sztucznego otworu czy to według Desaulta przez wydłutowanie w *fossa canina*, czy w podniebieniu twardem lub w *radix proc. zygomat.*, czy też od jamy nosowéj, jak to polecał Zuckerkandl, a późniéj Mikulicz, sporządziwszy osobne w tym celu narzędzie. Takie utorowanie sobie drogi do j. H. od jamy nosa ma pewne zalety, ropa bowiem nie wpływa do jamy ustnéj a nadto nie dostają się ani pokarmy ani grzybki gnilne z ust do j. H., co ułatwia i przyspiesza wyleczenie. A jednak na niekorzyść znów téj metody przemawia: wielka bolesność samego zabiegu, krwotok nieraz znaczny i to, że wprowadzanie kaniuli lub drenu tą drogą jest o tyle trudnem, iż chory sam tego sobie robić nie może.

Najwięcéj jeszcze w użyciu jest metoda Coopera, polegająca na zrobieniu otworu od jamy ustnéj przez zębodół po wyrwaniu zęba, co przy zastosowaniu kokainy nie sprawia nawet wielkich bolów.

Takie przepłukiwania, do których używa się płynów przeciwgnilnych, stosowane pilnie, sprowadzają zwykle wyleczenie; wprawdzie leczenie trwa długo, kilka nawet kilkanaście miesięcy a w przypadkach zastarzałych nieraz dłu-

żéj. Wtedy poleca Schech wydłutowanie dużego kawałka kości z przedniéj ściany i wytamponowanie jamy, a Krause po przepłukaniu przez otwór od jamy nosa zrobiony zapruszenie całéj j. H. jodoformem, przez następne zaś dni jodolem bez poprzedniego przepłukiwania, które powtórzyć należy dopiero wtedy, gdy wydzielina znów obficiéj się pokaże. Autor nie stosował sam tego sposobu leczenia, lecz potem go wypróbował, gdyż według podania Krausego skraca on cierpienie i nawet w rozpaczliwych przypadkach pewne wyleczenie sprowadza. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. Nr. 48 i 49). *Dr. Langie.*

Choroby kobiece.

Dr. Linhart: **Działanie kwasu salicylowego na macicę.**

Autor przeczy na wstępie twierdzeniu Wackera, jakoby lekarze niemieccy nieznali ubocznego działania przetworu kw. salicylowego na macicę, a objawiającego się u niektórych kobiet w dążności do wywoływania poronień i silnych krwotoków macicznych. Na dowód tego przytacza przypadek chronicznego gośćca u kobiety młodéj, trwającego już lat 2, a bezskutecznie różnemi środkami leczonego. Jedynie tylko salicylan sodowy sprowadzał ulgę na pewien przeciąg czasu. Po każdorazowem jednakowoż zażyciu tego leku występowały silne bóle w krzyżach połączone z mocnym krwotokiem macicznym tak, iż dalszego leczenia przetworem salicylowym zaprzestać musiano. Autor wpadł na pomysł, czy dodanie sporyszu nie powstrzyma ubocznych a tak przykrych powikłań. Rozumowanie teoretyczne zostało uwieńczone skutkiem zupełnym. Do salicylanu sodowego dodawane *Extr. dialysat. secal. cornt.* wstrzymywało i u innych pacyjentek krwotoki i bóle krzyża. Dodać należy, iż w kazuistyce przytoczone chore nie cierpiały na żadne zboczenia w zakresie narządów płciowych. Przyczyny krwotoków i silnych miesiączkowań po zadaniu salicylanu sodowego szukać należy w działaniu porażennem tego leku na naczynia maciczne. Porażenia podobne występują także w narządzie słuchu, o czem niektórzy już się niejednokrotnie przekonali. (*Wr. med. Presse 1889, N. 50.*)

Dr. E. Ullmann: **Rak macicy opadniętéj.**

Według Kiwischa i Fritscha zwyrodnienie rakowe macicy opadniętéj należy do nadzwyczajnych rzadkości. W literaturze znane są tylko 3 przypadki. Autor opisuje przypadek tego rodzaju przez siebie badany i operowany a dotyczy on kobiety lat 80 liczącéj, u któréj opad zupełny macicy na 17 ctm. długi, a 30 ctm. w obwodzie mający trwał od lat 20. Prócz tego skonstatowano, iż część pęcherza znajduje się pomiędzy opadniętą macicą i wynicowaną pochwą, także i część przedniéj ściany odbytnicy. Miano więc przed sobą także *vesico* i *rectocele*. Rak objął wargi maciczne w postaci pierścieniowatego wrzodu na 4—5 ctm. długiego. Gruczoły limfatyczne, ani pachwinowe ani pozaotrzewnowe nie powiększone. Bóle znaczne skłoniły w podeszłym wieku znajdującą się chorą do poddania się operacyi. Wyłuszczenie całkowite macicy nie przedstawiało wielkich trudności. Nadzwyczajna rzadkość raka macicy opadniętéj przemawia przeciw przypuszczeniu, któremu wielu lekarzy hołduje, iż przyczyną téj choroby jest drażnienie pochwowéj części, spółkowaniem wywołane. Macica opadnięta więcéj narażoną jest na różnego rodzaju urazy, a mimo to tak rzadko poddaje się rakowi (*Wr. med. Presse 1889, N. 50.*) *Dr. Mendelsburg.*

Choroby uszne.

Steinbrügge H. (Giessen): **O próbach za pomocą strojnika.**

Autor nie chce odmawiać znaczenia badaniom strojnikowym, lecz uważa takowe za nieużyteczne i żadnéj wartości nie mające, jedynie o tyle, o ile nie można tym sposobem oddzielać chorób narządu słuchowego na dowolne, po części niedokładne granice i okresy. Jeżeli np. lepiéj, albo dłużéj się słyszy tony strojnikowe przez kości na jednostronnie lub więcéj dotkniętem uchu, dowodzi to tylko tego, że odpowiedni n. słuchowy znajduje się w stanie powiększonéj pobudliwości wobec fal głosowych przez przewodnictwo czaszkowe mu doprowadzonych. Nie można jednak na téj podstawie czynić wniosku, czy choroba ma siedzibę w środkowym oddziale narządu słuchowego, czy też w błędniku. Uwzględniając ten szczegół pouczymy się, że choroby ucha środkowego powikłane są ze współudziałem n. słuchowego o wiele częściéj, aniżeli się to zwykło przypuszczać, co zresztą odpowiada przypadkom klinicznym, mianowicie częstemu występowaniu szmerów podmiotowych, napadów zawrotu głowy i t. d. w t. zw. nieżytach ucha środkowego. (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.* t. XIX). *Dr. R. Spira.*

Choroby skórne.

Portalier: **Syphilis vaccinalis, rozróżnienie.**

Dla rozróżnienia żąda P. trzech głównych warunków: odróżnienia postaci owrzodziałéj krosty z szczepienia od przeszczepionego szankra kiłowego; odróżnienia wtórorzędnych objawów po szczepieniu od zmian następowych kiły; odróżnienia kiły z zaszczepienia od kiły dziedzicznéj. *Vaccina ulcerosa* przedstawia się jako owrzodzenie, które występuje w miejscu guzka po szczepieniu od 12-go do 15-go dnia po szczepieniu, jest dość głębokie, o brzegach gładkich, podstawie naciekłéj, z obfitą wydzieliną; otoczenie jest zaczerwienione, gruczoły chłonne obrzękłe, bolesne; niekiedy wikła się z różą. Przeciwnie zaś szankier po szczepieniu występuje zwykle po trzecim tygodniu szczepienia i przedstawia owrzodzenie, które nie jest tak głębokie jak *Vaccina ulcerosa*, podstawa jego okazuje typową stwardniałość, otoczenie bez objawów zapalnych, gruczoły chłonne zawsze obrzękłe i niebolesne, a powikłania rzadkie. Dla odróżnienia wysypki po szczepieniu od kiły po zaszczepieniu pamiętać trzeba, że pierwsza występuje od 9-go do 15-go dnia po szczepieniu i nigdy jéj nie towarzyszy zmiana do szankra podobna. Wybuchy jéj mają cechę więcéj ogólną, niż wysypki kiłowe, towarzyszy gorączka i szybko przemijają. Zmiany wtórorzędne kiły zaszczepionéj występują 9-go do 10-go tygodnia po szczepieniu, poprzedza je szankier, wysypki mają cechę kiły, są bez gorączki, dłużéj trwają i wikłają się z zmianami na błonach śluzowych. Do odróżnienia kiły zaszczepionéj od dziedzicznéj żądamy typowego szankra, umiejscowionego na kroście ospowéj z obrzmieniem gruczołów, daléj prawidłowego przebiegu kiły. W kile dziedzicznéj nigdy nie ma wrzodu stwardniałego, wybuch objawów nie jest czasowo połączony ze szczepieniem; daléj ważnemi są dla rozpoznania kiły dziedzicznéj zniekształtnienia czaszki i nosa, nieżyt nosowy, bąblica, *Pseudoparalysis*, wysypka na twarzy, przyczem uwzględnić należy i wywiady: stan zdrowia rodziców, śmiertelność ich dzieci, poronienia i t. d. (*Arch. für Derm. u. Syph.*, 1889, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

† Dr. Rhem opisuje trzy nowe przypadki nieprzyjemnych objawów ubocznych po sulfonalu.

1) Autor zapisał 48-letniéj kobiecie, cierpiącéj na bezsenność wskutek gośćca mięśniowego, sulfonal po 1·5 na dawkę. Pierwsze 3 dawki sprowadziły tylko zmęczenie i osłabienie. Po przyjęciu zaś następnych dawek powstały: zaparcie stolca, brak apetytu, niepokój duchowy i cielesny, stan pobudzenia, tęsknotą, złudzenia i smutne omamy. Chora wpadła w stan na wpół porażenny, zbladła, oczy były ustawione nieruchomo, źrenice zwężone, głos i tętno słabe, oddech prawidłowy. Powstały również zatrzymanie moczu, przeczulica narządów zmysłowych, kurcze mięśniowe, szczególne uczucia n. p. jak gdyby posiadała 4 nogi, uczucie zimna, gorąca, przyćmienie świadomości, w rękach bezład. Chora nie mogła ani wstać ani chodzić. Po zaprzestaniu podawania sulfonalu wszystkie te objawy ustąpiły, ale bardzo powoli tak, że dopiero po 6 tygodniach chora mogła swobodnie chodzić.

2) 51-letni melancholik, któremu autor zamienił podawany przedtem paraldehyd na sulfonal, po przyjęciu jednéj 2·0 dawki skarżył się, że przez całą noc podczas snu zdawało mu się, że się pod nim łóżko kołysze. Na drugi dzień zmuszony był pozostać w łóżku wskutek ogólnego zmęczenia, stracił łaknienie i kilka razy wymiotował. Przyjęta po kilku dniach następna dawka sulfonalu wywołała te same objawy.

3) 32-letnia kobieta, nerwowa, po przyjęciu jednego grama sulfonalu (zamiast 2·0 zapisanych) skarżyła się w ciągu 4-ech dni na zmęczenie, senność, uczucie kołysania się łóżka. Narządy trawienia nie były zajęte. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, Nr. 22 i 24). *A. W.*

VI. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Dok. Patrz Nr. 48).

Miasto Bagdad jest położone po obu wybrzeżach Tygru i rozpada się na dwie części połączone z sobą mostami łyżwowym i żelaznym. Od północy i południa, otaczają je wspaniałe i obszerne lasy palmy daktylowéj, przez jeden z których przebiega kolej konna łącząca prawe wybrzeże rzeki z miejscowością zwaną Kazanyeh, zamieszkałą przeważnie przez Persów. Miasto rozsiadło się na pokładach miałkiéj glinki pomieszanéj tu i owdzie z Miką, występującą w pobliżu żył bardziéj zbitéj krzemionki. Ogólna liczba ludności dochodzi do 100 tysięcy mieszkańców, jest różnolitą i podług narodowości zamieszkującą oddzielne połacie. Główne części miasta leżą po lewem wybrzeżu Tygru. Przy téjże stronie znajduje się komora celna, przed którą zwykły się zatrzymywać okręty przybywające z Bassory. Część zaś przeciwległa jest zamieszkałą przez ludność ubogą, zajmującą się przeważnie handlem karawanowym. Jest to też punkt, w którym zwykły się zbierać największe karawany, przebiegające kraj w najrozmaitszych kierunkach.

Wielką niedogodnością dla miasta tak pod względem hygienicznym jak i z powodu wygody mieszkańców, jest to brak studzien ze znośną przynajmniéj wodą. Cała więc jéj ilość do codziennego użytku pochodzi z Tygru. A jest to woda mętna, zawierająca w zawieszeniu cząsteczki glinki, i tylko po przekropleniu stająca się przeźroczystą, lecz zawsze nie smaczną. Co więcéj woda Tygru w przebiegu rzeki przez ciąg miasta jest bardzo zanieczyszczoną. Oba bowiem wybrzeża są to prawdziwe gnojowiska, ciągle zmywane prądem i ciągle się odnawiające.

Po tym pobieżnym rzucie oka na sytuacyję miasta i najważniejsze jego warunki hygieniczne zaznaczę, że pierwszy przypadek tegorocznéj tu cholery został stwierdzony w części miasta położonéj po prawym wybrzeżu Tygru. Prawdopodobnie zaraza została tam wniesioną przez podróżnych przybyłych parostatkiem z Bassory, którzy z chwilą zarzucenia kotwicy przed komorą celną, bez straty czasu przeszli przez most dla dostania się do swych domostw. Pierwszą ofiarą stał się żołnierz robotnik w rządowéj przędzalni wełny. Do 12 go sierpnia miał się on zupełnie dobrze; 13 go dostał wymiotów i biegunki i przeprowadzony do szpitala po sześciu godzinach zakończył życie. Przypadek ten został potwierdzony przez Dra Adlera.

Raz więc rozsiany, że się tak wyrażę, pierwiastek chorobotwórczy nie ustalił się na miejscu. W cztery dni późniéj zaraza szerzyła się już pośród ludności właściwego Badagdu, w częściach miasta zwanych „el Merdżan i Azab, dziesiątkując ludność izraelicką i perskich Kurdow. Ztąd przerzuciła się do części miasta „el Szech“, zamieszkałéj przeważnie przez rękodzielników i kupców, pośród których zauważano największą śmiertelność.

To są drogi, jakiemi zaraza przedostała i ustaliła się w Bagdadzie. Tutaj rozpoznanie jéj nie potknęło się o żadne trudności. To też i możebne środki ochronne dały się zastosować na czasie. Powstrzymać komunikacyję tak wodną jak i lądową z Bassorą: zabiezpieczyć miasta i wsie położone na całém północném porzeczu Tygru od przerzucenia się zarazy; daléj przedsięwziąść wszystko, by zabezpieczyć porzecze Eufratu, a głównie starać się umiejscowić chorobę w Bagdadzie i umożebnić jéj rozwleczenie się na północo-wschód od stolicy prowincyj, oto co na razie było do zrobienia. Od 5-go też sierpnia piętnastodniowa kwarantana w przystaniach otomańskich została zastósowaną do wszystkiego, co pochodzi z zatoki perskiéj. W Kurna ustalono posterunek sanitarny czuwający nad żeglugą na Tygrze i Eufracie. W samym Bagdadzie oddzielono rodzajem łańcucha straży wojskowych części miasta dotknięte i urządzono w jednym z większych „karawan-serai“ szpital dla cholerycznych.

Tak się urządziwszy w stolicy prowincyi władza sanitarna zwróciła całą swą uwagę na utrudnienie przerzucenia się zarazy na północ. Za jedyny do tego środek uważano przecięcie wszelkich komunikacyj Bagdadu z dalszą okolicą. Jakkolwiek jednak działano w tym celu z pospiechem i całą surowością i tak zwykłych podróżnych jak i całe karawany poddawano ścisłym obserwacyjom sanitarnym w Bakuwa nad rzeką Dyalą i w Kifry, to pomimo to maruderów i uciekinierów z pokoleń arabskich niepodobna było ująć w karby policyi sanitarnéj. W tym zaś kłopocie, prócz trudności miejscowych, spotkano się jeszcze z koniecznością uwzględniania rozkazów nadchodzących ze stolicy państwa. Zasada czy doktryna, że środki sanitarne ochronne powinny uwzględniać interesa handlowe, powstrzymanie których zradza nędzę, a ta wywołuje choroby, spowodowały, że i w Mezopotamii chciano piękne te teoryje potwierdzić doświadczeniem. W zamiarze więc nieprzerażania ludności większych miast prowincyi obecnością posterunków sanitarnych, ustalono je w punktach, przez które przeciągają większe karawany tylko. Zamiast szybkiego rozwinięcia podwójnego co najmniéj łańcucha straży wojskowych, któryby sięgnął choćby do pustyni syryjskiéj, a nawet i daléj, ograniczono się do czuwania nad bliższą okolicą Bagdadu. W ten sposób porzecze prawego wybrzeża Tygru, pozwalało na przemykanie się małych karawan, które choć z nałożeniem drogi omijały posterunki sanitarne, przedostając się daléj na północ. Wkrótce też zaraza przerzuciła się do Szahrabonu i Khanekin; następnie do Kerkuku i Erbilu, grożąc tem samem Mossulowi. Z pierwotnego zaś swego ogniska nad Eufratem rozwlekła się do Dywanieh, Kerbeli, Kylleh i Musseibu, szerząc swe żniwo, wzmocnione jeszcze pielgrzymką Persów do grobów Hussejna i Hassana.

Tak szybkie jej przerzuty zdołały nareszcie przekonać rządzących. że w dawaniu rozkazów do zastosowania ostrożności sanitarnych nie należy się kierować mapą rozwieszoną w wygodnym salonie, lecz ufając doświadczeniu organów czynnych na miejscu, pozostawić im zupełną swobodę działannia. Łańcuch więc straży sanitarnych został posunięty po za Mussul do Zacho. Po nad Eufratem ustalono posterunek w El-Deir dla zabezpieczenia Aleppa. Z Trebizondy wysłano Dra Saada do Dyarbekiru, z misyją czuwania nad Kurdystanem. Podobnąż misyję otrzymał Dr. Stiepowicz, wysłany z Chios do Aleppa. Słowem zrobiono wszystko tu możebne, czego wymaga dzisiejszy stan epidemii.

W chwili, gdy kończę to sprawozdanie, cholera ukazała się już w 67 miejscowościach, miastach, wioskach i pośród koczujących plemion arabskich, łagodniejąc w jednych punktach, srożąc się w innych. Spowodowana przez nią śmiertelność doszła do liczby 6173 zejść. Większe miasta najbardziéj ucierpiały. Zawleczona drogą karawan po za granicę turecko-perską, zaraza ukazała się już na przestrzeni między Khanekin i Kermanszachem, a także w Dyzful, Szuster i ich okolicy.

Na teraz więc rozstajemy się z cholerą w Mezopotamii zatrzymaną przed Mossulem, lecz stale postępującą na północ. Czy miasto to wzniesione na ruinach Niniwy będzie kresem tegorocznego jéj szerzenia się lub też czy zaraza przedostawszy się do Kurdystanu i Armenii, a daléj na zachód ku Aleppo, zagrozi wybrzeżom morza Czarnego i Śródziemnego? to pytania, na które można odpowiedzieć prawdopodobieństwem dalszego jéj postępu, jak również i nadzieją, że się zatrzyma na pograniczu pustyni i legnie znużona u podnóża górskiego pasma dawnego Massis.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 78.989. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów.

Według § 2 ustawy sanitarnéj z d. 30 kwietnia 1870 r. (Dz. pp. Nr. 68) przysługuje Administracyi Państwa między innymi także prawo nadzoru nad szpitalami.

Ponieważ nadzór ten dotychczas prawie zupełnie nie był wykonywany, poleci pan Starosta c. k. lekarzowi powiatowemu, aby w myśl § 8 ustawy na wstępie powołanéj jużto w regularnych odstępach czasu, jużto w razie potrzeby zwiedzał szpitale dokładnie i przedkładał panu Staroście z téj czynności pisemną relacyję.

Relacyje dotyczące szpitali powszechnych i publicznych zechce pan Starosta w odpisie wraz z swojem sprawozdaniem przedkładać Namiestnictwu, które jeżeli to uzna za stósowne, odniesie się do Wydziału krajowego celem usunięcia dostrzeżonych przez c. k. lekarza powiatowego wad i usterek. C. k. lekarz powiatowy może zwiedzać szpital w czasie takim kiedy to uzna za stósowne, lecz nie ma on bezpośrednio od siebie wydawać jakichkolwiek poleceń funkcyjonaryjuszom szpitalnym. W razach nagłych a niecierpiących zwłoki wyda pan Starosta pisemne polecenie zarządowi szpitala, względnie zwierzchności gminnéj. Namiestnictwo zauważa jednak, że podobne polecenia ograniczyć winien pan Starosta jedynie do wypadków nagłéj i rzeczywistéj potrzeby i że z reguły będzie przestrzegany sposób postępowania wyżéj określony.

Gdy c. k. lekarz powiatowy w swem sprawozdaniu podniesie jakie braki w szpitalach prywatnych, winien pan Starostwa zawezwać zwierzchność gminną, któréj na mocy § 4 *e* przysługuje prawo bezpośredniego nadzoru nad szpitalami prywatnemi, aby postarała się w właściwéj drodze o usunięcie wytkniętych przez c. k. lekarza powiatowego wad i usterek.

O swych zarządzeniach zechce pan Starosta w każdym wypadku zdać sprawę.

Lwów, dnia 20 listopada 1889. *Badeni.*

Prof. A. Neisser (Wrocław): **Czy kiłą zarażeni lekarze mogą wykonywać daléj czynność lekarską?**

Na powyższe zapytanie jednego lekarza, który twierdzi, że niebezpieczeństwo przeniesienia kiły przez chorych lekarzy jest daleko większe, niż w małżeństwie, daje prof. N. następującą odpowiedź. Dla osądzenia, czy zarażony lekarz może zarazić swych chorych, musimy uwzględnić następujące okoliczności: 1) Wiek czyli okres kiły; im świeższa kiła, tem większa zaraźliwość, a główne niebezpieczeństwo stanowi wrzód pierwotny i wybujałości guziczkowe okresu wczesnego, trwającego przeciętnie 2—3 lat. Klinicznie i doświadczalnie wykazano niezaraźliwość trzeciorzędnych zmian. 2) W znacznéj mierze wpływa na stopień zaraźliwości i czas jéj trwania staranne i dokładne leczenie, które trwanie okresu zaraźliwości znacznie zmniejsza. 3) Oprócz tych ogólnych zdań ważnem jest dla powyższego pytania, czy lekarz ma na rękach zmiany okresu wczesnego kiły, t. j. stwardniałość pierwotną, guzeczki i t. d.; obecność ich na rękach stanowi bezwarunkowy powód do zakazu wykonywania praktycznéj chirurgicznéj czynności, o ile się nie uda w sposób pewny mechanicznie uczynić nieszkodliwemi ogniska chorobowe (dobrze przylegający palec gumowy, na innych częściach n. p. na grzbiecie ręki mocno lepiący plaster, posmarowanie za pomocą kolodium lub traumatycyny). Z faktu, że mimo częstości stwardniałości pierwotnych na palcach u lekarzy i położnych nie donoszono w ostatnich latach o przenoszeniu kiły na chorych, jeszcze nic pewnego nie wynika, gdyż znane są mniejsze lub większe miejscowe endemije kiły właśnie przez lekarzy wywołane. Wnioski, które czyni N. w końcu swego wykładu, są dla lekarza bardzo niekorzystne, gdyż przyznać musimy możność, że w pierwszych latach po zarażeniu może lekarz swoją chorobę przenieść, czy to za pośrednictwem kiłowych wybujałości, czy też przypadkowych chorób skórnych, czy wreszcie nawet zwykłego wystąpienia krwi ze zdrowéj skóry. Ale między możnością a prawdopodobieństwem jest jeszcze bardzo wielka różnica, a prawdopodobieństwo to jest bardzo ograniczone. Wszystkie znane przypadki dotyczyły położnic, nigdy chirurgicznie leczonych chorych i to za pośrednictwem stwardniałości pierwotnych. Większa uwaga, jaką obecnie zwracamy na te pozapłciowe zarażenia i środki ostrożności po ich stwierdzeniu, wystarczą, aby zapobiedz tym nieszczęśliwym przypadkom. (*Cenbtr. f. Chir.*, 89, 39).

Dr. Baschkopf.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 19 grudnia. Na wczorajszem posiedzeniu Przewodniczący wniósł podziękowanie i uznanie Towarzystwa dla prof. Domańskiego z powodu przyprowadzenia przezeń do skutku w zasadzie przynajmniéj sprawy wodociągu krakowskiego. Zgromadzeni oklaskami wyrazili koledze nieobecnemu na posiedzeniu swoje uznanie. — Następnie Dr. Sroczyński przedstawił chorego z kliniki prof. Rydla z rzadkiem u nas cierpieniem *Cysticercus* w oku. W dyskusyi mówili koll. Rydel, Obaliński i Wilkosz. — Prof. Obaliński opowiedział przypadek wydobycia ości rybiéj z okolicy kiszki zstępującéj, gdzie w ciągu 2 miesięcy wytworzyło się [illegible] dwóch pięści.

---

* Upraszamy Szan. kolegów, aby we wszystkich sprawach administracyjnych odnosili się wprost do Administracyi „Przeglądu Lek.“.

* Magistrat krakowski wskutek polecenia Namiestnictwa z dnia 25 października r. b. do L. 7094 przypomina lekarzom praktykującym rozporządzenie z dnia 28 listopada 1885 roku, według którego lekarz każdy, zapisujący środek, którego nadużycia można się obawiać, obowiązany jest zamieścić na recepcie klauzulę *„ne repetatur“*. Szczególnie odnosi się to do sporyszu i jego preparatów.

* **Warszawa**. Po ustąpieniu z posady okulisty Dra J. Talki, następcom jego jakoś się nie wiedzie. Po usunięciu z téj posady Dra Biełowa, który — mówiąc nawiasowo — do tego czasu był sekretarzem lekarskiego zarządu w r. b. już drugi dostał dymisyję. Był nim kauk. lekarz Dr. Pieunow, który był okr. okulistą w Królestwie zaledwie przez parę miesięcy!

* (Dr. J. T.). **Rosyja**. Przez cały listopad szerzyła się po całéj Rosyi influenza, która przyszła ze wschodu od granic chińskich nawiedziwszy i zachodnią Syberyję. Pandemija ta obserwowaną była od północnych gubernij Rosyi aż do brzegów Krymskich i w kraju Zakaukazkim. Stąd prawdopodobnie przeszła do Austryi i daléj. Choroba nawiedzała wszystkie stany, dzieci i dorosłych. Odznaczała się łagodnością, nikt bowiem życiem nie przypłacił, chociaż masę liczyła ofiar i tak w Petersburgu chorowało przeszło 150,000 osób, w fabryce materyj wełnianych w Jarosławlu na 6000 robotników zapisano blisko 5000 konsultacyj w ciągu miesiąca; w gubernijach moskiewskich najsilniejszą influenza była w pierwszéj połowie listopada, przy temperaturze powietrza 0 do 3°. Szpitale i domy mieszkalne przepełnione były choremi. Na szczęście choroba trwała krótko: zwykle po 3—5 dniach chory wyzdrowiał. Głównemi objawami były i po ziębieniu objawiał się silny czołowy ból głowy, ciepłota dochodziła do 39—40°C., ogólna niemoc, reumatyczne bóle w mięśniach i silne osłabienie, ktore trwało pewien czas po upływie choroby. Czasami katar nosa, oskrzeli, zaparcie stolca. Ważniejszych komplikacyj nie widziano. Stosowano chininę, antipirynę, a w łżejszych ambulatornych przypadkach choroba przechodziła i bez użycia lekarstwa, zwykle po niewielkiem poceniu się.

* Influenza. *Berl. klin. Woch.* konstatuje, że epidemija ta zawitała i do stolicy niemieckiéj i że nabiera cechy pandemii. O rzeczywistem jéj rozszerzeniu się na teraz trudno mieć pojęcie należyte, ponieważ wobec „grippofobii“, która opanowała umysły, każdy silniejszy katar poczytują za influenzę; jednak kilka przypadków sprawdzono w Charité, a antyfebryna i antipyryna okazały

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Gazecie Lek.* Nr. 50: Pruszyńskiego: O zachowaniu się kwasów amidosalicylowych w ustroju (dok.); Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnej (dok.); Sędziaka: Intubacyja krtani (dok.). — W *Medycynie* Nr. 50. Hewelkiego i Jakowskiego: Przypadki tyfusu (dok.).

Redakcyja otrzymała.

Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Kenntnis der atypischen Typhusfälle (odbitka z *Münch. med. Woch.* 1889) in 8-vo str. 15. — St. Szcz. ZALESKI (w Tomsku): Uproszczenie mikrochemicznych odczynów na żelazo (odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 5. — B. SAWICKI: O ranach przepony (odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 29. — Neue therap. Mittheilugen über Codein, Knoll et Cie Chem. Fabrik Ludwigshafen a/R., in 8-vo str. 16. — Prof. ADAMKIEWICZ: Ueber das Verhalten d. Nervenkörperchen in kranken Nerven (odbitka z *Archiv f. Psych.* XXI., 2) in 8-vo str. 8 z tabl. chromolitogr.

Sprostowanie. W Nrze 48 przez omyłkę podano, że Dr. Jakliński osiadł w Kozłowie. Ma to być Dr. Zakliński.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W celu nadania stypendyum jednorazowego na podróż w kwocie 900 złr. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny, w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających się powinien się zobowiązać piseinnie, że w razie udzielenia mu stypendyum, w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się, wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teoretycznéj bądź praktycznéj, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego, okazywanego już to w pracowniach już to w klinikach szczególnêm przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p. Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdalej do dnia 8 Lutego 1890 r. na ręce Dziekana Wydziału lekarkiego w Krakowie.

Kraków dnia 3 Grudnia 1889.

L. 926. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 13 listopada 1889 L. 49.057 wydanego wskutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 4 listopada 1889, rozpisuje się konkurs na posadę prymaryjusza oddziału kiłowo-skórnych dla kobiet przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady téj stałéj przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr., tudzież prawo do trzech dodatków pięcio-letnich po 200 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób syfilistycznych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy **do 24 grudnia 1889** na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Lwów, dnia 26 listopada 1889 r. 118—4—4

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego. *Dr. Głowacki.*

KOMISYJA PRZEMYSŁOWA TOW. LEK. KRAK.

na podstawie uchwał tegoż Towarzystwa

poleca następujące wyroby i przetwory:

1. **Bulijon** p. A. Solkowskiego w Krysowicach poczta Mościska.
2. **Chleb Grahama** p. G. Barucha w Podgórzu.
3. **Jarzyny suszone** pp. Seelinga w Izdebniku.
4. **Jarzyny i owoce suszone** p. Różańskiego i Sp. w Bochni.
5. **Kakao proszkowane i czekoladę** wyrobu P. Henryka Tretera we Lwowie.
6. **Kapsułki elastyczne** (z olejkiem rycynowym, tranem, balsamem kopaiwianym, tranem żelazistym i t. p.) wyrobu p. Kotowicza w Krakowie i **Kapsułki** (z olejkiem rycynowym i z tranem itp.) wyrobu p. M. Zahradnika aptekarza w Jezierny.
7. **Kefir** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie i p. St. Wolańskiego we Lwowie.
8. **Kołaczyki** (Tabletki) z uretanu, pr. korz. rzewniowego, pr. listków senesowych, z sublimatu do opatrunków chirurgicznych itp. wyrobu apt. p. K. Wiszniewskiego w Krakowie.
9. **Krowiankę** pp. Freysingera w Lisku i Kubickiego we Lwowie.
10. **Mleko** z obory pp. St. Homolacsa w Gnojniku, St. Niedzielskiego w Śledziejowicach i St. Żeleńskiego w Grodkowicach.
11. **Olejek z sosny karłowatéj polskiéj** *(Oleum pini pumilionis polonicum)* p. apt. Nitribitta w Krynicy.
12. **Papierki synapismowe** na podobieństwo papierków Rigollota wyrobu p. Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem.
13. **Pastylki z nitrogliceryną** p. Mutniańskiego apt. w Warszawie i pp. Kowalskiego i Bełdowskiego apt. w Krakowie.
14. **Pigułki** p. A. Mańkowskiego apt. w Przemyślu (z arsenianem sodowym, chlorkiem morfinu, z siarkanem atropinu, z wyciągiem makowca, kreozotowe bezwonne, z kw arsenawym i kreozotem i perełki chloralowe).
15. **Piwo słodowe** wyrobu p. K. Wiszniewskiego apt. w Krakowie.
16. **Placuszki** (t. z. Albertki) z mąki razowéj p. Czyńskiego w Jarosławiu.
17. **Plastry smarowane** (empl. adhaesivum ext., hydrargyri ext. diachyli comp. ext., cantharidum ext., thapsiae, de Vigo cum et sine mercurio, empl. Schiffenhauseni, papier Wlinsi, kataplasmy Hamiltona) pp. Trzcińskiego i Urbanowicza w Warszawie.
18. **Przetwory farmaceutyczne** (empl. diachyli s., extr. mal. ferri, resina jalapae i t. p.) p. Zieniewicza apt. w Brzostku.
19. **Przybory opatrunkowe chirurgiczne** p. Dobrowolskiego w Krakowie.
20. **Stożki mentolowe** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie.
21. **Sztuczne wody mineralne** (Bilińska, jodowa, litowa, Selterska, Vichy, żelazista) pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
22. **Tamar indien** wyrobu apt. p. Sobierajskiego w Krakowie
23. **Wina lecznicze** wyrobu p. Kalickiego apt. w Przemyślu.
24. **Wyciąg słodowy** p. J. Götza w Okocimie i p. Trąbczyńskiego w Winiarach pod Kaliszem.
25. **Wodę sodową zwykłą, higijeniczną i wodę sodową kwaśną**, jak niemniéj **wodę bromową** pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
26. **Wyciąg igliwiowy** p. Nitribitta apt. w Krynicy.
27. **Zioła lekarskie** zbioru i produkcyi p. Zieniewicza w Brzostku, p. Szybalskiego w Morawicy pod Krakowem i p. Żymirskiego w Lubaczowie. 124—5—1 *Prof. Dr. Korczyński.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXVIII. Kraków, 28 Grudnia 1889. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1890 **rok dwudziesty dziewiąty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	14 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	7 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue des Saints Pères 81.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót od cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.
(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

Operacyje następowe wykonano w stosunkowo bardzo małéj ilości przypadków, po części dla tego, że chorzy zadowalali się wzrokiem osiągniętym skutkiem operacyi głównéj, a wystarczającym istotnie do zajęć grubszych, jakim się ogromna większość naszych operowanych oddaje, przeważnie jednak dla ciągłego braku miejsca w klinice. W tych warunkach poprzestawać muszę i na średnim wyniku, choćby go drobnym zabiegiem i nakładem kilku dni czasu na doskonały zamienić można, bo niepodobna przetrzymywać jednych chorych nad konieczną potrzebę, gdy inni ubodzy i zdaleka przybyli o głodzie i chłodzie po kilka a często nawet po kilkanaście dni na opróżnienie się łóżka czekają. Nie licząc wspomnianych już wyżéj 8 przypadków odcięcia lub odpalenia opadniętéj w rankę tęczówki wykonałem właściwych operacyj następowych tylko 14 z następującym skutkiem:

		√ przed	√ po
1 raz	irydektomija	3/60	5/60
1 „	irydotomija	1/∞	1/∞
1 „	wydobycie zaćmy wtórorzędnéj . .	3/60	6/36
1 „	„ „ „ . .	5/60	5/60
1 „	rozcięcie „ „ . .	5/60	6/24
1 „	rozdarcie zaćmy wtór. sposobem Bowmana	2/60	6/24
1 „	„ „ „ „ „	4/60	6/12
1 „	„ „ „ „ „	4/60	6/18
1 „	„ „ „ „ „	4/60	6/24
1 „	„ „ „ „ „	4/60	6/60
1 „	„ „ „ „ „	5/60	6/36
1 „	„ „ „ „ „	6/60	6/36
2 razy	„ „ „ „ „	6/60	6/18

Jak z tego zestawienia widać możemy przez operacyję zaćmy wtórorzędnéj poprawić bardzo znacznie bystrość wzroku osiągniętą skutkiem operacyi głównéj. Knapp rozcina też zaćmy wtórorzędne nawet w przypadkach, w których bystrość wzroku $^1/_3$ lub $^1/_2$ prawidłowéj wynosi, w ogólności u 80 do 90% wszystkich operowanych i osiąga w ten sposób tak doskonałe wyniki ostateczne pod względem bystrości wzroku, jakiemi się chyba żaden inny operator poszczycić nie może. Na podstawie bardzo rozległego w téj mierze doświadczenia uważa on te operacyje, przy zachowaniu pewnych ostrożności, za wolne od niebezpieczeństwa, wręcz przeciwnie jak Gayet (l. c. str. 133 i nast.), który się o nich tak wyraża: *En ce qui me concerne, il n'est pas d'operation que je redoute d'avantage, elle me paraît toujours incertaine, souvent inutile, parfois très dangereuse. Je pense que si tous ceux qui m'entendent veulent bien rappeler leurs souvenirs ils trouveront dans leur pratique les preuves d'une assertion que mon expérience personelle m'oblige à croire vraie.*

W téj sprawie spornéj a tak doniosłéj staję w zupełności po stronie Knappa, w całym bowiem moim długoletnim zawodzie wydarzył mi się tylko raz jeden smutny przypadek utraty oka skutkiem *panophthalmitis* po rozcięciu zaćmy wtórorzędnéj i to w czasach kiedyśmy jeszcze przy operacyjach okulistycznych nie postępowali bezgnilnie, we wszystkich innych osiągnąłem znaczną, najczęściéj nawet bardzo znaczną poprawę wzroku, już po kilku dniach, a silniejsze zadrażnienie oka wydarzało mi się bardzo rzadko. Jeżeli zaś z żalem tak skąpy z operacyi zaćmy wtórorzędnéj robię użytek, dzieje się to głównie z powodu wyżéj wspomnianych, niekorzystnych stosunków mojéj kliniki.

Pobyt operowanych w klinice, licząc od dnia operacyi aż do dnia wyjścia wynosił średnio 20·49 dni, podczas gdy operowani sposobem Graefego spędzali średnio 24·16 dni. Na skrócenie pobytu chorych w klinice po wydobyciu płatowem w porównaniu z operacyją Graefego wpłynął po części krótszy średni pobyt przypadków zupełnie pomyślnych, po części mniejsza odsetka przypadków zupełnych strat, które znacznie dłuższego do wygojenia potrzebują czasu, tudzież mniejsza odsetka przypadków z cięższemi zapaleniami tęczówki i ciałka rzęskowego wlokących się, nawet w razie pomyślnego zakończenia, zazwyczaj całemi tygodniami.

Wyniki co do bystrości wzroku.

Badanie bystrości wzroku osiągniętego przez operacyję przedsiębrano zazwyczaj w przeddzień lub w sam dzień wyjścia chorego z kliniki za pomocą tablic Snellena. Z wyjątkiem rzadkich przypadków nie poprzestawano przy tych próbach na samych szkłach kulistych, lecz stósowano także szkła walcowate. Z powodu zbyt wczesnego przedsiębrania tych prób, w czasie kiedy utrzymywało się jeszcze prążkowane zaćmienie rogówki, a oczyszczanie się źrenicy nie było jeszcze zupełnie ukończone, zestawienie poniżéj umieszczone nie daje dokładnéj miary osiągniętych ostatecznie wyników, które po upływie tygodni i miesięcy okazałyby się niezawodnie znacznie lepszemi. Wydarza się wprawdzie czasem, że skutkiem późniejszego zgrubienia zaćmy wtórorzędnéj wzrok na razie osiągnięty doznaje upośledzenia, nierównie częściéj jednak ma się rzecz wprost odwrotnie. I tak z 332 ócz mieliśmy sposobność badać po upływie dłuższego czasu 45. W 4 z nich (8·89%) nie zaszła żadna zmiana, w 6 tylko (13·33%) znaleźliśmy bystrość wzroku po większéj części nieznacznie zmniejszoną, w 35 (77·78%) natomiast badanie wykazało znaczną poprawę, a mianowicie najmniejszą z √6/24 na 6/18, największą z √6/24 na √6/6.

Uwzględniwszy późniejsze dobrowolne polepszenie lub pogorszenie się w tych 41 oczach, jako też poprawę wzroku osiągniętą za pomocą wyżéj wymienionych operacyj następowych wynik co do bystrości wzroku przedstawia się jak następuje:

√	W przypadkach	w %	
6/6	5	1·51	
6/8	8	2·41	92·18
6/12	35	10·54	
6/18	63	18·98	
6/24	75	22·59	
6/36	63	18·98	
6/60	57	17·17	
5/60	8	2·41	
4/60	3	0·90	5·11
3/60	3	0·90	
2/60	2	0·60	
1/60	1	0·30	
1/∞	7	2·11	2·71
0	2	0·60	
Razem	332	100·00	

Według przyjętego powszechnie podziału był więc wynik
dobry w 92·18%
średni „ 5·11%
zły „ 2·71%

Na 796 ócz operowanych sposobem Graefego był wynik:
dobry w 92·21%
średni „ 2·64%
nadzieja odzyskania wzroku „ 0·50%
zły „ 4·65%

Przy równéj odsetce wyników dobrych były więc straty po operacyi Graefego niemal dwa razy większe. Mam nadto uzasadnioną nadzieję, że wyniki wydobycia płatowego obwodowego będą w przyszłości jeszcze lepsze. Jeżeli bowiem zestawimy osobno 100 pierwszych, a osobno ostatnich 232 operacyj, to się okazuje, że wynik był:

	na pierwsze 100 operacyj w %	na ostatnie 232 operacyj w %
dobry	88	93·97
średni	6	4·74
zły	6	1·29

Przyczyny tak wielkiéj różnicy wyników, a w szczególności tak znacznéj odsetki strat w pierwszéj setce operacyj, szukać należy przedewszystkiem w znacznie większéj ilości operacyj wadliwych, co już z tego wynika, że na pierwszych sto operacyj odsetka utraty ciałka szklanego wynosiła 15, w ostatnich zaś 232 tylko 5·6. Prócz tego jednak przyczyniła się do tego niewątpliwie następująca ciekawa okoliczność. Rok szkolny 1886/7 rozpoczął się pod nieszczęśliwą gwiazdą. Gdy bowiem na 53 pierwszych operacyj za pomocą cięcia płatowego, wykonanych od grudnia 1885 aż do lipca 1886, straciłem w ogólności tylko jedno oko skutkiem ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, to na 17 pierwszych operacyj po wakacyjach, od 13 października do 16 listopada 1886 roku, straciłem aż cztery oczy skutkiem takiego samego zapalenia. W jednym z nich była operacyja (zaćmy przejrzałéj z torebką zaćmioną) wadliwą, przedwczesny mianowicie odpływ ciałka szklanego zmusił mnie do użycia pętli Webera, którą wyciągnąłem kataraktę

z całą nienaruszoną torebką przy dalszym miernym odpływie ciałka szklanego. Drugi przypadek dotyczy owego już dwukrotnie wspomnianego chorego, który po prawidłowéj operacyi i prawidłowym trzechniowym przebiegu zerwał sobie opatrunek, uderzył się w oko i rozerwał rankę. W obu tych przypadkach można było zrozumieć przyczynę nieszczęśliwego przebiegu, inaczéj atoli w dwóch pozostałych. W obu spostrzeżono nazajutrz po operacyi najzupełniéj prawidłowéj, przy pierwszéj zmianie opatrunku, żółto-szary naciek w brzegach ranki, a już następnego dnia wybitne ropne zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. Widocznie miałem tutaj do czynienia z pierwotnem zakażeniem podczas saméj operacyi, którego przyczyna była na razie zagadkową, aż mi ówczesny mój asystent, Dr. Marcisiewicz, zwrócił uwagę, że jeden z uczniów, chcący widzieć dokładnie przebieg operacyi i stający zawsze tuż obok operowanego, zatrudniony jest jako asystent i mieszka w zakładzie anatomii opisowéj. Przypuszczając, że to jest istotnie przyczyną zakażenia, odbywającego się za pośrednictwem powietrza, gdyż ów uczeń stawał wprawdzie zawsze tuż obok głowy chorego, ale nie dotykał się ani ócz jego, ani narzędzi itd., żądałem od niego, żeby do sali wchodził zawsze dopiero po wykonaniu operacyi. Zarazem zastąpiłem rozczyn kwasu borowego, używany do tego czasu do zmywania oka przed i podczas operacyi, rozczynem sublimatu. Od téj chwili zapalenie ropne nie pojawiło się w 78 zrzędu po sobie operowanych przypadkach ani razu.

II. Z praktyki prywatnéj.

Obrażenie prawéj okolicy podżebrowéj — pęknięcie torebki wątrobowéj wraz z rozdarciem samego miąższu wątroby — śmierć.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski

z Russ-Moldawitzy (na Bukowinie).

W dniu 9-go listopada b. r. zostałem zawezwany do robotnika lasowego, który według podania został uderzony klocem staczającym się ze znacznéj pochyłości. Przyjechawszy na miejsce przypadku zastałem stan następujący: Józef Haas z Fontauz, Bukowina, lat 21. Dobrze zbudowany i miernie odżywiony. Zewnętrznie żadnych objawów uszkodzenia prócz otarcia przyskórka wielkości dłoni w okolicy prawego łuku podżebrowego. Skóra twarzy blada — błony śluzowe dostępne dla badania wzrokiem sinawe. Tętno dwubitne, fala tętna nader mała, częstość uderzeń 54 na minutę. — Przy badaniu fizycznem ból dotkliwy przy najlżejszém dotknięciu się prawéj okolicy podżebrowéj, brzuch silnie wzdęty a palpacyja tegoż wykazuje w jamie brzusznéj miękki ciastowaty obrzęk. Przy miernem naciśnięciu okolicy S. romanum wydobywa się z rzyci krew w miernéj ilości przedstawiająca cechy krwi żylnéj. — Wobec braku jakiegolwiek cięższego zewnętrznego obrażenia — przy znacznéj bolesności okolicy prawego podżebra, jakotéż charakterystycznym ciastowatym obrzęku w jamie brzusznéj, przy tętnie o powyżéj podanych cechach i przy uderzającéj bladości tak skóry jakotéż błon śluzowych, nietrudném było rozpoznanie krwotoku wewnętrznego; w 16 godzin chory zakończył życie a dnia 14 listopada wykonano na polecenie c. k. sądu powiatowego w Kimpolungu sekcyję zwłok, przyczém zawezwano mnie jako znawcę. Sekcyję powyższą wykonaliśmy z chirurgiem N. z Kimpolungu, przyczém pozwoliłem sobie przed jéj rozpoczęciem podać moje rozpoznanie za życia zrobione. — Pomijając szczegóły z protokółu sekcyjnego do rzeczy tu nie należące, podaję tylko następujące: Istota mózgowa na przekroju blada, komóry mózgowe zupełnie próżne. Mięsień sercowy tłuszczowo-zwyrodniały, cienki i kruchy, komórki sercowe zupełnie próżne. Po otwarciu jamy brzusznéj trysnęła grubym strumieniem krew płynna, ciemna, któréj ilość na 3—4 litry na oko ocenić można. Płat prawy wątroby rozszczepiony od dołu na długość 6—8 cm, na poszarpanych brzegach przedarcia małe kulki skrzepów krwi. Torebka wątrobowa cofnięta poza brzeg przedarcia się miąższu wątroby. Prócz tego złamanie 5-go żebra prawego na odległość 3 palców od mostka, czego za życia skonstatować nie mogłem.

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Hugon Schulz: **Przyczynek do farmakodynamiki siarki.**

Według zdania S. posiada siarka jako ważny czynnik w składzie drobiny białka pod względem leczniczym cenne własności, które już starzy lekarze znali. Narządy, a to szczególnie obfitujące w naczynia krwionośne, a przed wszystkiemi skóra, odczuwają siarkę jako zadrażnienie, na które narządy odpowiadają zwiększoną czynnością. Działanie siarki odnosi S. do utlenienia białka komórek, uważając siarkę jako „odmianę przenośnika tlenu". (*Monatsch. f. prakt. Derm.* 1888, Nr. 3).

Hebert: **O ślepocie po chininie.**

Młody, zdrowy zresztą mężczyzna dostał raz przeciw napadowi zimniczemu od lekarza 30 gramów chininy w przeciągu 24 godzin. Po ostatniéj dawce z wystąpieniem szumu i zawrotu uległa bystrość wzroku chorego zmniejszeniu. Podczas badania H. nie znalazł nastrzykania spojówek, żrenice były miernie rozszerzone i nie oddziaływały na światło; słuch był bystrzejszy niż przed utratą wzroku. Chory stanowczo twierdził, iż przed zażyciem chininy miał prawidłową bystrość wzroku: badania oftalmoskopowego nie wykonał. Nawiązując do tego przypadku twierdzi H., że wobec istniejących stosunków rozróżnienie wybroczyny zimniczéj od ślepoty chininowéj może być trudnem, a może być zawsze stwierdzonem przez zwrócenie uwagi na trzy okoliczności. W amaurozie chininowéj jest stopień ślepoty znaczny, gdyż bystrość wzroku zostaje zwykle zmniejszoną do samego tylko poczucia światła, żrenice są rozszerzone i nie oddziaływają na światło, pole widzenia jest koncentrycznie zmniejszone a wzrok jest lepszym w częściach środkowych. Przy krwotoku malarycznym siatkówki jest utrata wzroku nie tak znaczna, żrenice są prawidłowe pod względem wielkości i oddziaływania, pole widzenia nie jest zmniejszone. Jeżeli wynaczynienie znajduje się w plamce żółtéj (a tylko wtedy zwraca osłabienie wzroku uwagę), wtedy ma chory środkową przerwę w polu widzenia, a wzrok jest też gorszy w środku pola widzenia. Badanie wziernikiem ocznym daje tu pewne wyjaśnienie. Obraz wziernikowy w ślepocie chininowéj równa się, podobnie jak objawy, obrazowi zaniku nerwu wzrokowego, chociaż nagły początek po wprowadzeniu znacznych ilości chininy natychmiast rozróżnienie ułatwia. Tarcze niebieskawo białe, naczynia uderzająco małe. W krwotoku zimniczym wykazuje wziernik nerw czerwony, wobec *Neuroretinitis* nieco obrzękły i zaćmiony, naczynia pokręcone, rozszerzone, gdzieniegdzie jasno-czerwone wynaczynionki. Ślepota chininowa zajmuje obydwa oczy, krwotok zimniczy ciężko zawsze tylko jedno. Rokowanie co do zupełnego odzyskania wzroku w ślepocie chininowéj nie jest dobre, w krwotoku zimniczym bardzo dobre. (*W. m. Bl.*, 1889, Nr. 38).

Choroby wewnętrzne.

Rede (Leiden): **O korzyści niektórych objawów chorobowych.**

Bronią, jakiéj przyroda często w walce przeciw przyczynom chorobowym używa, są często objawy chorobowe. Przedewszystkiem należy przyznać wielkie znaczenie gorączce. Już Pasteur wykazał, że kury, których ciepłota prawidłowa wynosi 40° C., są dla wąglika nieprzystępne, stają się jednak usposobionemi do téj choroby, jeżeli sztucznie obniżymy ich ciepłotę aż do 37°. Podobnie należy sobie rzecz przedstawić przy ocenianiu znaczenia gorączki w chorobach zakaźnych, choć twierdzenie „gorączka leczy czyszcząco za pomocą ognia" jest nieco zbyt entuzyjastycznem. Następnie odgrywa ważną rolę wydzielanie śluzu. Za pomocą niego zostają szkodliwe

składniki, jeżeli działają na błonę śluzową nosa, oskrzeli, żołądka lub jelit osłonięte i na téj drodze usunięte. R. przytacza kilka odpowiednich przypadków; i tak uczynił w swéj pracowni spostrzeżenie, że kalomel wywołuje w ścianie żołądka i jelit obumarcie, nie zaś wtedy, jeżeli proszek osłonięty został śluzem. Działanie więc przeciw nieżytom może często chorym szkodę przynieść. W ostrych nieżytach żołądka i jelit nie należy powstrzymywać biegunki, lecz należy pomódz przyrodzie przez podawanie wielkich ilości letniéj wody. W cholerze azyjatyckiéj podawano już z dobrym wynikiem większe dawki kalomelu. R. widział także u dzieci w cholerze swojskiéj dobre rezultaty po kalomelu. Nawet obecność wrzodów jelitowych nie stanowi przeciwwskazania przeciw takiemu leczeniu. Następnie przypisuje R. wielkie znaczenie przyspieszeniu tętna w chorobach sercowych. Gdy w niedomykalności zastawki dwudzielnéj, w chorobach mięśnia sercowego i t. d. poszczególny skurcz już nie wystarcza, wtedy tylko przyspieszenie tętna ocala życie. Także wymioty w niedrożności jelit mają wielkie znaczenie i należy je raczéj powiększyć, niż powstrzymać. *(Münch. med. Wochensch.*, Nr. 38, 1889).

Chirurgija.

Wendelstadt (Bonn): **W sprawie leczenia zmian gruźliczych kości i stawów przez miąższowe wstrzykiwania oliwy z jodoformem.**

W ropnie gruźlicze wstrzykiwano jodoform z eterem, gliceryną lub oliwą już od dłuższego czasu i jest zasługą Mikulicza, Billrotha i innych, że po stwierdzeniu przeciwgruźliczego działania szczególnie przez Mosetiga, wielokrotnie zwracali uwagę na korzystny wpływ tego środka, przede wszystkiem w ropniach opadowych, wychodzących z gruźlicy kręgów. Jodoform możemy uważać za znakomity środek przeciw prątkom gruźliczym; histologiczne i bakteryjologiczne badania potwierdzają wyniki w praktyce uzyskane. Wobec jodoformu nie rozwijają się więcéj komórki olbrzymie w granulacyjach; zawartość ropni, leczonych wstrzykiwaniami, traci własność zakażania przy przeszczepianiu do przodkowéj komórki oka, w błonie ropni nie można po wstrzykiwaniach wykazać gruzełków, a gruźlicze granulacyje znikają. Opierając się na tych twierdzeniach, możemy sobie łatwo wytłomaczyć działanie wstrzykiwań na niezropiałe tkanki gruźlicze, pod warunkiem, jeżeli się udaje osiągnąć zetknięcie się jodoformu z znaczną częścią tkanek. W. podaje doświadczenia z kliniki Trendelenburga: Początkowo używane wstrzykiwania 5% eteru z jodoformem musiano porzucić z powodu silnych bólów i zgorzeli skóry i zastąpiono je oliwą jodoformową 5:25. Uważać trzeba, aby jodoform bezpośrednio przed użyciem świeżo zmięszać z oliwą, gdyż inaczej szybko wydziela się jod, co można poznać po czerwono-brunatnéj barwie. 2—3 kcm. wstrzykuje się strzykawką podobną do Pravaza z szeroką igłą co 8 dni w różne miejsca choréj tkanki po dokładnem odrażaniu skóry. Jeżeli już wytworzył się jeden lub więcéj ropni, wypuszcza się ich zawartość za pomocą punkcyi, a potem się wstrzykuje. Po wstrzyknięciu opatruje się gazą sublimatową. Liczba wstrzyknięć potrzebnych do wywołania polepszenia jest różna. Obrzęk zwolna ustępuje; ropień z początku miękki staje się późniéj twardym, zmniejsza się i niebawem znika zupełnie. Ruchomość stawów wraca do pewnego stopnia, zwłaszcza jeżeli w ostatnim czasie leczenia wykonywano ostrożnie ruchy. Obawy otrucia jodoformem nie ma, bo części chore tylko mało go wsysają. W. nie twierdzi, że można z bezwzględną pewnością wyleczyć lub poprawić wszystkie gruźlicze choroby kości i stawów, lecz twierdzi, że w wszystkich przypadkach wybitny był korzystny wpływ jodoformu na przebieg choroby. (*Centr. f. Chir.* 1889, Nr. 38).

Newman: **O leczeniu zwężeń cewki moczowéj za pomocą elektrolizy.**

Główne zasady tego leczenia zestawia N. w następujących punktach: 1. Należy używać ile możności jak najsłabszych prądów, aby osiągnąć powolne „chemiczne wessanie“ zwężenia, a nie wyżarcie tegoż. 2. Z zwężeniem styka się jajowaty koniec metalowy zgłębnika, zresztą w zupełności izolowanego. 3. Przy tem leczeniu należy użyć jak największéj przezorności, aby uniknąć możliwego wstrząsu (*shok*). Włącza się powoli jeden element po drugim, aby wypróbować wrażliwość chorego na prąd elektryczny, posiedzenie powtarza się dopiero po kilku dniach, a nigdy nie używa się dwóch elektrod paleczkowych bezpośrednio po sobie. Świeczki powinny przejść przez zwężenie bez najmniejszéj gwałtownéj pomocy. 4. Środki znieczulające są przeciwwskazane, gdyż chory właśnie powinien czuć. W sprawach zapalnych unika się elektrolizy. 5. Prąd dopiero wtedy się otwiera, jeżeli świeczka już jest wprowadzona, a zamyka, jeżeli już jest wyjęta. 6. Takim sposobem można przejść przez każde zwężenie. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Dr. Baschkopf.

Barth: (Berlin): **O znieczulaniu przy mniejszych zabiegach chirurgicznych.**

Autor potwierdza wysoką wartość kokainy dla znieczulenia miejscowego jakoteż dla osiągnięcia sklęśnięcia w celu badania i leczenia szczególnie chorób nosa. Działanie jego jest różne i różnego trwania, a u niektórych osób występuje przyzwyczajenie się do tego środka. Mniejsze pole do działania ma kokaina niestety w uchu, gdy ten środek tu działa tylko na miejscach pozbawionych blony śluzowéj lub przyskórka. Zabiegi jednak jak przekłócie bł. bębenkowéj, nacięcia w ścianie przewodu usznego, cięcie Wildego dają się równie wykonać zupełnie albo prawie bez bólu, jeżeli się przytem posługuje kataforezą elektryczną najpierw przez Wagnera podaną. Drucik na rękojeści dodatniéj elektrody przyśrubowany zawija się kawaleczkiem waty zmaczanéj w 8—10% roztworze kokainy i posuwa się go do przewodu usznego. Przytem należy ochronić zewnętrzną część ujścia przed bezpośredniem stykaniem się skóry z drucikiem przez podkładanie nieco waty. Drugą elektrodę przykłada się na kark na 15—20 minut. Dla wytworzenia prądu używa się 4—10 elementów Spamera stósownie do wrażliwości chorego. Sposoby dotąd podane miejscowego znieczulenia mają w niektórych przypadkach, n. p. u osób bardzo bojaźliwych lub histerycznych, tę nieprzyjemną stronę, że czynność umysłowa przytem nie jest wykluczona i objawia się w sposób bardzo przeszkadzający. Aby temu zapobiedz doświadczył autor w szeregu mniejszych zabiegów używania hypnozy, którą znalazł bardzo polecenia godną. Najważniejsze jest poddawanie. Zaczęła się hypnoza przez prowadzanie myśli chorego na sen, a roztargnieniu myśli zapobiegało się przez wpatrywanie się w jakiś przedmiot. Należy przytem koniecznie poddawać chorym, że po obudzeniu będą się czuli zupełnie zdrowymi. Złych następstw wskutek hypnozy, którą B prawie zawsze wykonał równocześnie z używaniem znieczulenia miejscowego za pomocą kokainu nigdy nie zauważył. Ogólna użyteczność téj metody jest jednak ograniczona, bo niekiedy nie udaje się wcale lub tylko bardzo trudno sprowadzić stan hypnotyczny a niektórzy chorzy już usypiani zachowują jeszcze tyle samodzielności psychicznéj, aby zabiegowi chirurgicznemu się oprzeć. (*Ztschrift f. Ohrenheilkunde*, Bd. XIX, 3).

Choroby uszne.

Burnett Ch.: **Przypadek zawrotu głowy wyleczonego przez wycięcie błony bębenkowej z młoteczkiem.**

Kobieta 31-letnia, która w wieku dziecięcym przebyła ropienie w uchu lewem, cierpiała po lewéj stronie na głuchotę i dzwonienie w uszach. Strojnik słyszała z ciemienia lepiéj po stronie lewéj, głos na 6 cali. Błona bęb. była zgrubiała, biała, nie okazywała żadnej blizny. Wskutek zwykłego w takich przypadkach leczenia wygoił się istniejący jeszcze nieżyt nosa i gardła. Choroba uszna zaś nie poprawiła się. Przeciwnie przyłączył się do wymienionych objawów rok późniéj zawrót głowy. Badanie wykazało zrost młoteczka z wzgórkiem, z powodu którego autor polecił operacyję. Poprzednio usunięto tylny górny odcinek bł. bęb., rozluźniono staw kowadło-strzemiączkowy, przecięto napinacz bł. b. i wycięto całą błonę silnym nożem gałkowatym. Wydobycie młoteczka udało się późniéj łatwo za pomocą kleszczyków. Zrost przedstawił się jako kostny. Zaraz po operacyi dzwonienie było znacznie mniejsze, uczucie ściśnienia zmniejszone. Po 24 godzinach opuściła chora łóżko, zawrotu głowy więcéj nie doznawała. Słuch został niezmienionym. Oddziaływania

oprócz nieznacznego ropienia nie było. Później nowa błona bęb zaczęła się wytwarzać. *Dr. R. Spira*

Choroby skórne.

Winogradow: **Atrichia universalis acquisita.**

W. przedstawił w towarzystwie lekarskiem w Permie 45-cio letniego pijaka, okazującego rozmaite zmiany gnilcowe, u którego można było stwierdzić zupełny brak porostu włosów; ani na głowie, na twarzy, w pasze, ani na częściach rodnych nie można było wykazać włosów: nawet meszka nie było. Skóra była gładka połyskująca bez łusek. Z wywiadów okazało się, że wypadanie włosów rozpoczęło się przed 6-ciu laty, po przebyciu gwałtownego nieżytu kiszek, połączonego z objawami mózgowemi. W. uważa to cierpienie jako trofoneurozę skóry. Nazwa *atrichia* nie jest tu dobrą, gdyż przez nią rozumiemy wrodzony brak włosów; zdaje się, że wypadanie włosów w powyższym przypadku rozpoczęło się jako *Alopecia areata*. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.*, rocznik X).

A. Jacobi: **O leczeniu kiły osesków i dzieci.**

Żywienie dziecka powinno się odbywać, jeżeli to wogóle jest możebnem, mlekiem matki bez względu na to, czy u matki lub u dziecka znachodzą się oznaki zakażenia czy nie; równocześnie należy oboje poddać energicznemu leczeniu przeciwkiłowemu. Zdrowéj mamce nie wolno oddać do karmienia dziecka z wyraźnemi zmianami kiłowemi, gdyż zarażenie przez brodawkę sutkową z równem połączone jest niebezpieczeństwem, jak zarażenie za pośrednictwem palca u lekarza. Tylko wyjątkowo możnaby zezwolić na powierzenie chorego dziecka zdrowéj mamce, jeżeli się pierwéj otwarcie przedstawi wszystkie grożące jéj niebezpieczeństwa i jeśli się jéj poleci nie przyłożyć nigdy dziecka do piersi bez kapelusika, dla ochronienia się od zarażenia. W tym razie należy także dziecko podać energicznemu leczeniu bez względu na to, czy objawy kiły są widoczne, lub czy je tylko podejrzywamy. Daléj należy u rodziców przeprowadzić dokładne i ścisłe leczenie zapobiegawcze, jeżeli przez nawykowe poronienia lub inne oznaki istnienie kiły jest prawdopodobnem. Farmaceutyczne leczenie kiły dziedzicznéj powinno być zawsze rtęciowe. Najgoręcéj poleca J. wewnętrzne podawanie kalomelu w dawce od 3 ech miligramów do jednego centigrama 3 razy dziennie i to przez kilka miesięcy; jeśli występuje biegunka, która nie polega na wadliwem karmieniu, dodaje do kalomelu 3 do 5 miligramów proszku Dowera. Mniéj stósowne jest leczenie wcieraniami lub zawijania w plaster rtęciowy, natomiast polecić można dodawanie $^1/_2$ do $1^1/_2$ grama sublimatu do kąpieli. Takie same leczenie wskazane jest w przypadkach kiły nabytéj wieku dziecięcego. W bardzo ciężkich postaciach kiły wrodzonéj, jeżeli takowa ma siedzibę w wewnętrznych narządach, w kościach, w jądrach, w układzie naczyniowym, jest powyższe leczenie niedostatecznem i wtedy J. daje pierwszeństwo podskórnym wstrzykiwaniom sublimatu (2 do 4 *pro mille*) w codziennych dawkach od $^1/_2$ do 1-go miligrama. Gdzie kości i gruczoły już wcześnie są zajęte, należy połączyć leczenie rtęciowe z podawaniem przetworów jodowych; jodku potasu można dzieciom podawać w dawce 0·30 do 1·25 dziennie. W każdym razie nie należy pierwéj kończyć leczenia, dopóki wszelkie podejrzane oznaki nie znikły. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1889, zeszyt 2).

Choroby nerwowe.

Prof. W. Erb: **O rozpoznaniach „na pierwszy rzut oka“ w neuropatologii.**

Przez rozpoznania natychmiastowe rozumiemy takie które czynić można na zasadzie pojedynczych pewnych, patognostycznych objawów natychmiast z wielką pewnością. Do chorób najłatwiejszych do rozpoznania należy uwiąd rdzenia pacierzowego: do pokoju wchodzi chory z objawami niezborności w chodzie i trzymaniu się, uskarżający się na bóle błyskawicze, podwójne widzenie, osłabienie, zmęczenie i parestezyje odnóg dolnych, osłabienie pęcherza i popędu płciowego, tu wystarczy spojrzenie na jego oczy, zwężenie i odruchowe porażenie źrenic, wykazanie chwiania się po zamknięciu óczu i brak odruchów rzepkowych, aby natychmiast chorobę rozpoznać. Drżączkę (*Paralysis agitans* czyli chorobę Parkinsona) można prawie zawsze na pierwszy rzut oka rozpoznać: charakterystycznie zgięta, sztywna postawa, cechujące ułożenie rąk przy pisaniu, wyraz twarzy poważny, niezmienny, chód wlokący dają wspólnie z typowem małofalistem drganiem obraz nadzwyczaj charakterystyczny. Inny chory opowiada, że od czasu do czasu dostaje bolesnych kurczów w rękach i w nogach, utrzymujących się w postaci tężca przez dłuższy czas; po przesunięciu końca palca po twarzy występuje błyskawicze drganie w zakresie odpowiedniego nerwu twarzowego, możemy wtedy na pewne rozpoznać tężyczkę. Jeżeli młoda osoba uskarża się na osłabienie i sztywność w ruchach, nagłe upadanie po przestrachu lub po niespodziewanem uderzeniu nogą, jeżeli ona ręki naszéj podanéj do uciśnięcia, nie może natychmiast puścić, jeżeli po uderzeniu mięśnia deltoidowego, mięśni ręki i t. d. występują kurcze, rozpoznamy chorobę Thomsona (*Myotonia congenita*). Nie mniéj łatwo rozpoznać można chorobę Basedowa po znanych trzech objawach. Przedstawiają n. p. dziecko, okazujące porażenie zanikowe jednéj lub więcéj odnóg, gdzie poszczególne mięśnie lub grupy mięśniowe w uderzający sposób są wolne, gdzie się wytwarzają zniekształtnienia, gdzie zwieracze są wolne, choroba powstała ostro, czucie nie jest znacznie zmienione, a w porażonych obszarach mięśniowych brakuje odruchów ścięgnistych, rozpoznamy na pewne natychmiast rdzeniowe porażenie dziecięce (*Poliomyelitis anterior acuta* (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Prof. Benedict (Wiedeń): **O padaczce i jéj znaczeniu społecznem.**

Przedstawiwszy dwa przypadki t. z. stygmatyzowanéj padaczki tj. téj postaci, występującéj u ludzi, których szkielet przedstawia jakąś nieprawidłowość, podnosi jako najważniejszy ten rodzaj padaczki, który można nazwać „p. ustrojową“. Należą tu postacie łączące się z głębokiemi zmianami w mózgu. Można odróżnić: 1) postać wrodzoną; 2) nabytą w wczesnéj młodości (*Epilepsia juvenilis*) i 3) histeroepilepsyję. Ze stanowiska patologiczno-anatomicznego rozchodzi się w wszystkich tych przypadkach o porencefaliję. Kształt czaszki jest w padaczce ustrojowéj ten sam, jaki napotykamy u dziedzicznie obłąkanych, samobójców, „urodzonych“ zbrodniarzy. Zdarzają się wybryki wielkości i małości, skrócenie łuku ciemieniowego i niesymetryczność. Z postaci z temi anatomicznemi podstawami ciekawe są dwie: t. z przez Trousseau „wielkie zawroty głowy“ i napady t. z psychoepilepsyi, w których występują zboczenia umysłowe o dłuższem trwaniu, prowadzące ludzi do ciężkich starć z prawem karnem. Co do leczenia, to najlepiéj tu nic nie robić; rokowanie w ustrojowych postaciach jest nadzwyczaj smutne. Brom więcéj szkodzi niż pomaga. Jeżeli się go używa dla powstrzymania napadów, to następuje potem okres daleko cięższych napadów. Oprócz tego powstrzymujemy przytem rozwój umysłowy chorych, a to jest największy błąd, gdyż najlepszem leczeniem w wszystkich tych przypadkach jest gimnastyka mózgu. Przechodząc do stosunku padaczki do życia towarzyskiego, podnosi najpierw jéj stosunek do małżeństwa. Nietylko lekarze, ale i lud zna teraz dobrze prawidła dziedziczności; mają one moc obowiązującą przy zawieraniu małżeństwa, ale powinny one znaleść zastosowanie także między ustawami rozwodu. Stanowisko lekarza jest przytem nadzwyczaj utrudnione. Jeżeli się go n. p. pytają o epileptycznego narzeczonego, a on potwierdza, to wyrządził ogromne nieszczęście. Takie starcie sumienia musi i może być rozwiązane i to najprościéj za pomocą przepisów. Nie mniéj ważnem jest znaczenie stosunku padaczki do szkoły. Dziecko, cierpiące padaczkę, posyła nauczyciel do domu i jest ono wtedy pozbawione nauki i tak ważnego rozwoju umysłowego, gdyż gimnastyka mózgu w porencefalii jest najważniejszą. Co do znaczenia sądowego psychoepilepsyi, to jest nieroztropnem występować przeciw zamykaniu zbrodniarzy psycho-epileptycznych, gdyż ważniejszą jest ochrona towarzystwa przed niebezpieczeństwem jednéj osoby, niż wywalczenie wolności dla téjże osoby. (*W. m. Woch.*, 1889, Nr. 43).

Prof. A. Strümpell (Erlanga): **O pierwotnem ostrem zapaleniu mózgu.**

Podczas gdy pierwotnie występujące ostre i przewlekłe

zapalenia w patologii rdzenia pacierzowego ważną odgrywają rolę, to przedstawia nauka o pierwotnem zapaleniu mózgu jeszcze wiele braków. Czy w ogóle przydarzają się w mózgu ograniczone pierwotne przewlekle sprawy zapalne, stojące na równi z przewlekłem poprzecznem zapaleniem rdzenia pacierzowego, jest jeszcze bardzo wątpliwem. Na pewne jednak przypuścić można pierwotne ostre zapalenia istoty mózgowéj. Pierwotne ropne zapalenie mózgu (pierwotny ropień mózgowy) przydarza się niekiedy podczas epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Ponieważ także w zwykłem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych napotykamy pojedyńcze, od opon znacznie oddalone, małe ropnie w mózgu, możnaby przypuścić, że wśród pewnych warunków bodźce chorobowe bezpośrednio wnikają do istoty mózgowéj i tutaj wywołują ropienie bez współudziału opon. Z rozmaitych postaci nieropnego pierwotnego ostrego zapalenia mózgu należy przedewszystkiem wymienić *Polyencephalitis* w zakresie jąder nerwów wzrokowych. Drugą postacią pierwotnego zapalenia mózgu jest *Encephalitis acuta infantum*, na któréj bliski związek z rdzeniowem porażeniem dziecięcem S. już poprzednio zwrócił uwagę. Prócz tych postaci zapalenia mózgu jest jeszcze pierwotne ostre zapalenie mózgu, przydarzające się u dorosłych. W ostatnich latach spostrzegał S. dwa tego rodzaju przypadki. Chorych przyjęto do kliniki w stanie zupełnéj nieprzytomności i z wysoką gorączką; w obu przypadkach choroba rozpoczęła się nagle wśród najcięższych objawów mózgowych. Stwierdzone u obu połowicze porażenie pozwalało wprawdzie rozpoznać ostrą chorobę mózgu, a jako ich bliższą postać przypuszczał S. — oba razy błędnie — rozmiękczenie zatorowe, wzgl. krwotok mózgowy. W obu przypadkach nastąpiła po kilku dniach śmierć a sekcyja wykonana przez Zenkera, wykazała liczne duże ogniska, w których istota mózgowa była częścią żółtawo, częścią szaro-czerwono-zabarwiona; zatoru naczyń nadaremnie szukano. Badanie drobnowidowe stwardniałych części wykazało zmiany zapalne, a w szczególności rozszerzenie naczyń i nagromadzenie przy nich białych ciałek krwi. Jakie etyjologiczne stanowisko takie przypadki pierwotnego, ostro-wybroczynowego zapalenia mózgu zajmują, nie jest jeszcze rozstrzygniętem. Być może, że zostają w związku z *Encephalitis infantilis*, a być może, że są to choroby odrębne. (*Deut. m. Woch.*, 1889, Nr. 42). *Dr. Baschkopf.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 87.161. **Okólnik**

c. k. Namiestnictwa do wszystkich pp. c. k. Starostów i Wpp. Prezydentów m. Lwowa i Krakowa.

Z powodu epidemicznego wystąpienia influenzy w różnych miastach i okolicach zarządza się na podstawie reskryptu wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z d. 10/12 1889, l. 22.988, aby i tę zakaźną chorobę, w razie jéj pojawienia się tak traktować, jak inne choroby zakaźne, a w szczególności jak odrę i krztusiec.

W razie więc doniesienia o pojawieniu się epidemicznéj influenzy (nagminny nieżyt gorączkowy) zechce pan delegować lekarza celem sprawdzenia rodzaju choroby i jéj nasilenia, jako też zarządzenia odpowiednich środków zdrowotno-policyjnych celem powstrzymania dalszego szerzenia się tejże, stosując się w tym względzie do przepisów, jakie okólnikiem tut. z dn. 13/6 1889 l. 38.337 w razie wybuchu odry lub krztuśca wydane zostały.

Delegowany lekarz winien przedewszystkiem zwrócić uwagę na źródło zarazy, na sposób udzielania się téj choroby pojedynczym osobom i na sposób rozszerzania się jéj, nadto pożądane będą wszystkie spostrzeżenia lekarskie, tak ze względu na zastosowane środki zapobiegające rozszerzaniu się, jakoteż ze względu na samą terapiję choroby.

Wszystkie w tym kierunku poczynione spostrzeżenia winne być przytoczone w przedkładanym czterotygodniowym raporcie o przebiegu chorób nagminnych.

Ze względu, że influenza czasami występuje nagle, nagabując od razu bardzo znaczną ilość osób, jest rzeczą bardzo ważną, zwrócić uwagę już na pierwsze pojawiające się wypadki téj choroby, aby przez poczynienie odpowiednich wczesnych zarządzeń zdrowotno-policyjnych można dalszemu, nieraz nadzwyczaj szybkiemu szerzeniu się choroby zapobiedz.

Szczególniéj zaś ważną jest ta okoliczność w szkołach, gdyż wiek dziecięcy, jako mniéj odporny, więcéj jest narażony na złe skutki influenzy i z tego też powodu w danym razie należy w szkołach bezzwłocznie zastosować wszelkie środki zapobiegawcze, jakie ze względu na powstrzymanie szerzenia się chorób zakaźnych w szkołach obowiązują.

W razie stwierdzenia influenzy w miejscowości, w któréj znajduje się garnizon wojskowy, należy bezzwłocznie o tem uwiadomić odnośną komendę wojskową.

Lwów 16 grudnia 1889. *Badeni.*

Zemanek (Wiedeń): **O wpływie kiły na armije czynne podczas pokoju i wojny.**

Z., lekarz pułkowy armii austryjackiéj wykazuje, o ile armie w pewnych okresach przyczyniły się do zawleczenia i rozpowszechnienia chorób wenerycznych. Co do armii austryjackiéj podaje Z. (który pod nazwą „kiły" zebrał wszystkie choroby weneryczne), że n. p. w przeciągu 15-stu lat (1870—1884), chorowało przeciętnie 70 żołnierzy na 1000 na cierpienia weneryczne; utrata pracy wynosi n. p. dla r. 1885 639·451 dni roboczych, a koszta leczenia tych chorych 296·666 złr. Im częściéj wojska zmieniają załogi, tem większą staje się liczba chorych; w czasie wyprawy wojennéj liczba ta stale się zmniejsza, ale natychmiast po jéj ukończeniu prędko wzrasta. Daty odnoszące się do wojsk angielskich są szczególnie pouczające, ponieważ wykazują skuteczność t. z.: *Contagious diseases prevention Act*, t. j. zaprowadzonego przez parlament ang. w roku 1866 przymusowego badania nierządnic; w załogach, do których nie odnosił się ten przepis, było 49·4% więcéj chorób, niż w miastach, w których prostytutki badano. Od czasu gdy powyższe prawo zniesiono, miała się kiła w armii ang. znacznie rozszerzyć. Mówiąc o zapobieganiu kile kładzie autor największą wagę na dokładne badanie prostytutek, jakoteż na energiczną walkę przeciw t. z. tajemnemu nierządowi. Wkońcu poleca podczas wizyt lekarskich badać bez wyjątku wszystkich nieżonatych żołnierzy, i pouczać ich o niebezpieczeństwach i objawach kiły. (Rozprawka p. t.: *Syphilis in ihrer Rückwirkung auf die Berufsarmeen etc. Wien*, 1887). *Dr. Baschkopf.*

V. Wiadomości bieżące.

✝

Dnia 22 b. m. zmarł Dr. **Stanisław Zagłoba Smoleński**, docent Uniw. jagiell. i kierownik zakładu hydropatycznego w Szczawnicy, licząc lat 38. Urodzony w Grabienicy w Płockiem w r. 1853 ukończył studyja lekarskie w tutejszym uniwersytecie, gdzie uzyskał dyplom w r. 1878. Przez pewien czas pełnił obowiązki asystenta przy katedrze fizyjologii, poświęciwszy się późniéj hydroterapii, kształcił się przez szereg lat w téj gałęzi za granicą. W roku 1885 dopuszczony do habilitacyi, wykładał hydroterapiję w wydziale lekarskim tutejszego uniwersytetu, pełniąc w lecie obowiązki lekarskie w zakładach hydropatycznych w Jaworzu, w ostatnim zaś roku w Szczawnicy. Katastrofa w rodzinie, a mianowicie prawie równoczesny zgon żony i dziecka stała się powodem wybuchu ciężkiéj choroby umysłowéj, w przebiegu któréj zapalenie płuc położyło szybko kres pracowitemu życiu zdolnego lekarza. Pismo nasze traci w nim długoletniego i pilnego współpracownika, który je zasilał artykułami specyjalnemi wielkiéj wartości naukowéj. Podręcznik Smoleńskiego p. t. Hydroterapija cieszy się niezwykłem u nas powodzeniem tak, że drugie wydanie téj książki już przed rokiem okazało się potrzebnem. Cześć pamięci zacnego kolegi!

* **Kraków** dnia 25 grudnia. Z końcem roku spełniamy miły obowiązek podziękowania szan. współpracownikom i prenumeratorom naszym za łaskawe poparcie naszych usiłowań. Z rad i wskazówek światłych i o dobro pisma dbałych kolegów i nadal chętnie korzystać będziemy; sami zaś nie przestaniemy przy pomocy Komisyi redakcyjnéj dokładać wszelkich starań, aby „Przegląd Lekarski“ i w 29 roku jego istnienia utrzymać na wyżynie, odpowiedniéj do obecnego stanowiska nauki. Zaopatrzeni w obfity zapas prac oryginalnych i sprawozdań nie będziemy szczędzić i kosztów, aby prace te nie długo zalegały, aby więc pod tym względem dogodzić naszym współpracownikom.

* Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie, o którego powstaniu już donieśliśmy, uzyskało potwierdzenie władzy.

* Sposób szczepienia Pasteurowskiego stosowany był dotąd u 6870 osób. U 80% sprawdzono zarazem, że ukąszenie pochodziło od zwierzęcia wściekłego. Śmiertelność wynosiła u osób ukąszonych przez zwierzęta niewątpliwie wściekłe, a następnie szczepionych 1%, bez szczepienia 15%. Śmiertelność u chorych z ranami kąsanemi ciężkiemi dawniéj wynosiła 80%, dzięki Pasteurowi zeszła do 4%.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

Ponieważ dyskusyja w sprawie moich ciałek nerwowych przez Szan. Redakcyję została zamkniętą, przeto mam zaszczyt niniejszem zaprosić Szan. Kolegów, których sprawa ta interesuje, podczas wykładów do mojego zakładu (między godziną 11-tą a 1-szą), celem naocznego przekonania się o niesluszności twierdzeń mojego przeciwnika. Zastrzegam sobie wreszcie dalsze wyjaśnienia w sprawie moich ciałek na innem miejscu.

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Ponieważ profesor Cybulski preparaty swoje przedstawiał publicznie w Tow. lek. krak., przeto redakcyja zwraca uwagę, że byłoby rzeczą [illegible] odpowiednią, ażeby i prof. Adamkiewicz preparaty swoje okazał również publicznie na jednem z posiedzeń Tow. lek. krak. W takim razie protokół z tego posiedzenia zawierający zdanie obecnych członków doszedłby do wiadomości nawet tych wszystkich zamiejscowych prenumeratorów „Przeglądu Lekarskiego“, którzy oczywiście z zaproszenia prof. Adamkiewicza korzystać nie mogą. Redakcyja sądzi, że prof. Adamkiewiczowi samemu musi zależeć na tem, ażeby zdanie kolegów, którzy jego preparaty będą oglądali, mogło być podane do publicznéj wiadomości.

* **Budapeszt.** Deputacyja lekarzy peszteńskich pod przewodnictwem proff. Kovacsa i Schwimmera przedłożyła Ministrowi spraw wewn. projekt urządzenia we Węgrzech Izb lekarskich. P. Minister oświadczył, że nad projektem się zastanowi i postara się, aby Izby lekarskie szybko weszły w życie.

* **Wiadomości osobiste.** Stopnie doktorów wszech nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp.: Zaorski z Warszawy, Franciszek Michalik z Grabówki w Galicyi i Waleryjan Jastrzębski z Kalwaryi w Król. Polskiem.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł w 72 roku życia Dr. Kade, biegły operator i lekarz przyboczny cesarza Aleksandra II.; w Strasburgu zaś zmarł lekarz petersburski Dr. Hüber, b. asystent prof. Böttichera. — W Petersburgu umarł profesor medycznéj akademii znany hygienista Dr. Dobrosławin. Zmarły pisywał wiele, był członkiem wielu towarzystw naukowych, a wśród młodzieży akademickiéj cieszył się wielką sympatyją i popularnością. Jednocześnie donoszą miejscowym gazetom z Nicei o groźnym stanie zdrowia prof. Botkina, znakomitego terapeuty.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 12: Chłapowskiego: O rozpoznaniu niektórych zboczeń w położeniu jelit i o zapob. ich skutkom; Swięcickiego: Tłocznia brzuszna i jéj znaczenie w ginekologii; Friedlaendera: Spostrzeżenie z praktyki. — W *Gazecie Lek.* Nr. 51: Wróblewskiego: Przypadek samoistnego ropnia krtani z pomyślnem zejściem; Noiszewskiego: Elektroftalm.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Spis rzeczy i Tytuł do Przeglądu Lekarskiego, z wyjątkiem dla Prenumeratorów w Cesarstwie rosyjskiem, którzy ze względów na porto otrzymają sam tylko Spis rzeczy, Tytuł zaś otrzymają późniéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.